Nr. 37. 13. września 1936 Rok XV.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

PRACE ORYGINALNE.

Dr. Henryk RASOLT i Dr. Ksawery ROWIŃSKI. Warszawa.

Niezwykłe stwardnienie tętnicy głównej u młodego osobnika.

Z Oddziału Chorób Wewn. Szpitala Św. Łazarza w Warszawie.
Kierownik: Prof. Dr. M. Semerau-Siemianowski.

Pomimo bardzo licznych doświadczeń, usiłujących dowieść wpływu tych czy innych czynników na powstanie miażdżycy tętnic, każde w tym względzie spostrzeżenie kliniczne posiada swą dużą i odrębną wartość — jako dotyczące bezpośrednio patologji ludzkiej.

Nie ulega bowiem żadnej wątpliwości, że podpatrzenie pewnych zjawisk i ich analiza przyczynić się mogą do poznania interesującego nas zagadnienia w stopniu równie wydatnym jak i wyniki badań doświadczalnych.

Opisany poniżej przypadek miażdżycy stanowi nietylko cenny przyczynek etiologiczny pod tym właśnie względem, ale niemniej jest godny uwagi spowodu współistnienia rzadkich zaburzeń w dynamice krążenia i ciśnienia krwi u osoby młodej.

Wywiady: Chora E. Fr., lat 20, uczenica szkoły krawieckiej, niezamężna. Podaje, że wiosną 1933 r. zauważyła tętnienie w dołku jarzmowym. Raziło ją to, jednak nie sprawiało większych dolegliwości. Dopiero w kilka miesięcy później dostała nagle bez uchwytnej przyczyny w nocy bicia serca, które minęło po kilkunastu minutach; jednak następnego dnia odczuwała już, że serce biło nierówno, miała uczucie, jakgdyby chciało wyskoczyć. Sczasem pojawiła się duszność wysiłkowa, która stopniowo i stale się nasila.

W dzieciństwie przebyła koklusz; miała powiększenie gruczołów szyjnych, które uległy zropieniu i zabliźniły się. W 1930 r. przechodziła kilkudniową grypę. Pozatem rzekomo nie chorowała.

Urodziła się jako płód donoszony, rozwijała się prawidłowo i do czasu obecnej choroby czuła się zupełnie dobrze, brała udział we wszystkich zabawach rówieśniczek, a nawet bez żadnych ograniczeń uprawiała gimnastykę szkolną. Uczyła się bardzo dobrze. Pochodzi z rodziny zdrowej, jest pierwszem dzieckiem z trojga rodzeństwa. Matka chorej po ostatnim prawidłowym porodzie dwukrotnie roniła. Pierwsza miesiączka w 15 roku życia; zawsze regularna, ale obfita i bolesna.

Obecnie chora męczy się bardzo szybko, zwłaszcza przy chodzeniu; miewa bicia serca przy wysiłkach, a często nawet w spoczynku; chwilami nie może mówić spowodu braku tchu. Do powyższych dolegliwości przyłączyło się utrudnienie w połykaniu potraw stałych, które zatrzymują się jakoby przejściowo na wysokości połowy mostka. Od niedawna odczuwa również bóle w obu łydkach i stopach przy chodzeniu, tak, że zmuszona jest zatrzymywać się.

Różnicy ciepłoty w poszczególnych kończynach, ani ich ziębnięcia nie zauważyła. Obrzęków kończyn nie miewa.

Bólów w obrębie brzucha, a szczególnie w okolicy wątroby nie odczuwa. Apetyt zły. Stolec zaparty. Gazów i wzdęć nie miewa. Mocz oddaje prawidłowo.

Sypia dobrze. Budzi się w nocy jedynie dla oddania moczu. Bólów i zawrotów głowy nie miewa. Pamięć ma dobrą.

Narzeka na suchy kaszel oraz stany podgorączkowe od początku choroby. Dawniej sporadycznie mierzona ciepłota nie przekraczała 37°.

Stan obecny: chora jest jak na swój wiek niedostatecznie rozwinięta. Wzrost chorej wynosi $138^1/_2$ cm, waga — 40 kg. Budowa nieprawidłowa wskutek boczno-tylnego skrzywienia kręgosłupa. Mięśnie wiotkie. Skóra na policzkach bladosinawa, śluzówki bladoróżowe z odcieniem sinawym. Gruczoły chłonne niemacalne.

Czaszka niebolesna na ucisk i opukiwanie. Nieznaczna asymetrja twarzy wskutek zapadnięcia się lewego policzka i blizn na policzku prawym. Źrenice równe, reagują szybko na światło i zbieżność. Język symetryczny, ruchomy. Uzębienie częściowo uszkodzone.

Szyja ruchoma, niesymetryczna wskutek obecności w dołku jarzmowym po stronie prawej miękkiego, elastycznego tworu tętniącego, wielkości śliwki, wychodzącego spod mostka i nie dającego się od dołu odgraniczyć. Tarczyca jak i gruczoły przytarczykowe niepowiększone.

Klatka piersiowa krótka, dość płaska z zaznaczonemi dołkami nad i podobojczykowemi, dobrze ruchoma w czasie oddychania. Przestrzenie międzyżebrowe i kąt międzyżebrowy prawidłowe. Rozszerzenia żył ani tętnienia na klatce piersiowej nie widać.

W płucach wypukowo i wysłuchowo nic szczególnego.

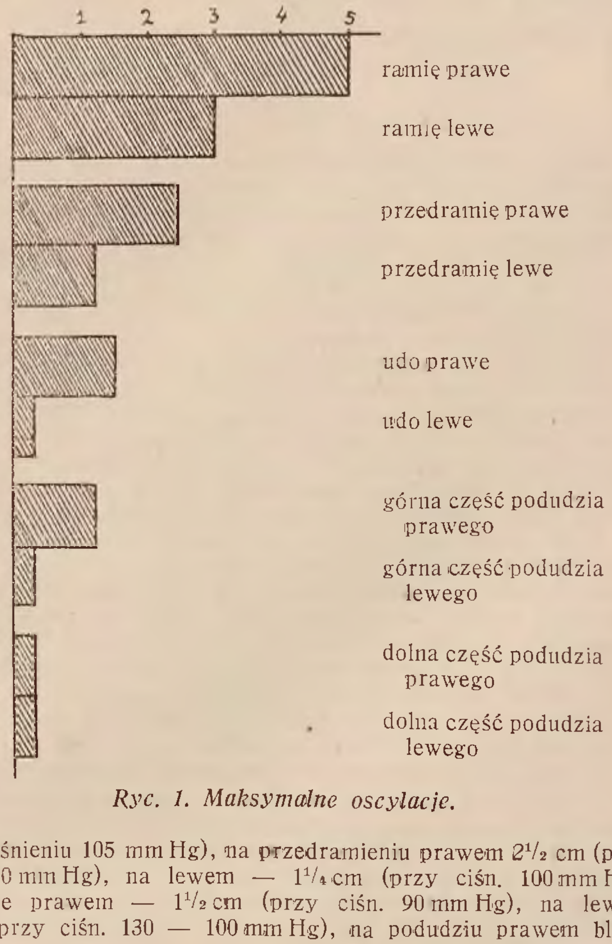
Serce: uderzenie koniuszkowe widoczne i macalne w V międzyżebrzu lewem, podnoszące, dość szerokie (około 2 palców). Wielkość serca: $\frac{2^1/_2 \times 7^1/_2}{11}$ cm. Lewa granica stłumienia względnego przesunięta nieco w lewo poza linję środkowo-obojczykową. Sylwetka serca prawidłowa. Tony serca głośne. Nad środkiem mostka słychać szorstki szmer skurczowy, nasilający się w kierunku prawego obojczyka. Nad tętnicą podobojczykową prawą krótki szmer skurczowy. Nad tworem tętniącym w dołku jarzmowym wysłuchuje się muzykalny szmer, zajmujący cały okres skurczu i rozkurczu. Czynność serca miarowa, w pozycji leżącej waha się od 80 do 108 uderzeń na minutę, w pozycji stojącej 132 uderzeń na minutę.

Tętno na tętnicy promieniowej prawej chybkie i wysokie, na lewej znacznie mniejsze i powoli narastające.

Tętnice podkolanowe i grzbietowe stóp niemacalne. Tętnice skroniowe z obu stron jednakowe.

Ściany tętnic dostępnych obmacywaniu są miękkie i o przebiegu prawidłowym.

Ciśnienie krwi, określane wielokrotnie metodą kombinacyjną (palpacyjno-wysłuchową) wykazywało przeciętnie na prawej ręce $\frac{205}{105}$ mm Hg, a na lewej ręce $\frac{170}{140}$ mm Hg. Największe oscylacje określone aparatem Pachon'a wynosiły: na ramieniu prawem 5 cm (przy ciśnieniu 130—140 mm Hg), na ramieniu lewem — 3 cm



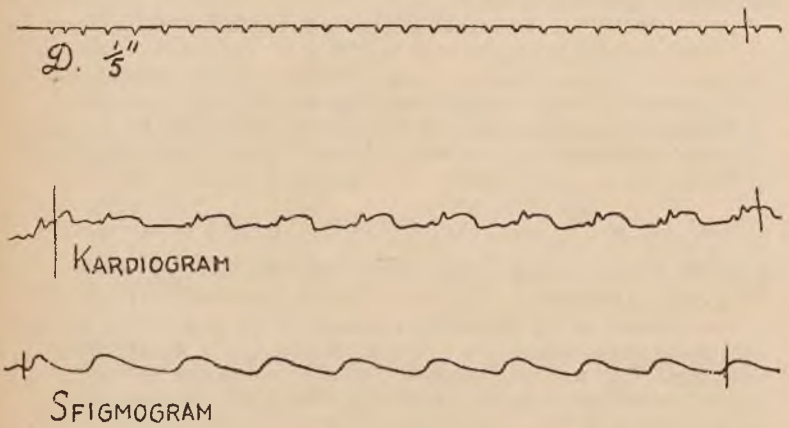
Ryc. 1. Maksymalne oscylacje.

(przy ciśnieniu 105 mm Hg), na przedramieniu prawem $2^1/_2$ cm (przy ciśn. 100 mm Hg), na lewem — $1^1/_4$ cm (przy ciśn. 100 mm Hg), na udzie prawem — $1^1/_2$ cm (przy ciśn. 90 mm Hg), na lewem $^1/_4$ cm (przy ciśn. 130 — 100 mm Hg), na podudziu prawem bliżej

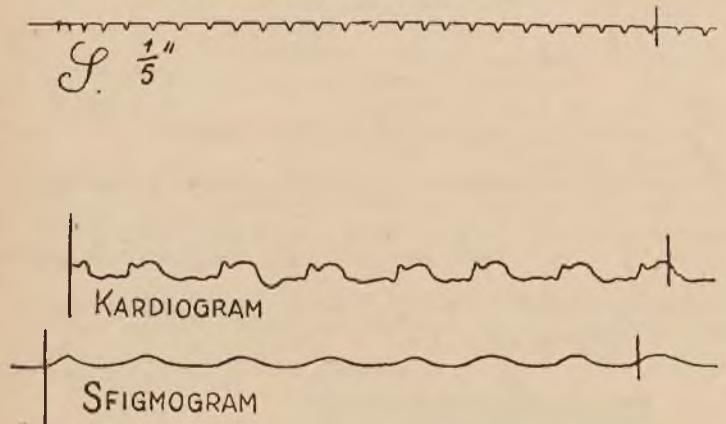
kolana — $1\frac{1}{4}$ cm (przy ciśn. 100 — 90 mm Hg), na lewem — $\frac{1}{4}$ cm (przy ciśn. 110 — 70 mm Hg), na podudziu prawem bliżej kostki $\frac{1}{4}$ cm (przy ciśn. 80—60 mm Hg), na lewem — $\frac{1}{4}$ cm (przy ciśn. 90 mm Hg). A więc mamy duże różnice w rozpiętości oscylacji na kończynach jednoimiennych, przyczem po stronie prawej oscylacje są większe niż po lewej (ryc. 1).

Tętnopis, uzyskany aparatem Bouillite'a, na kończynie górnej prawej ujawnia cechy *pulsus celer et altus,* na kończynie górnej lewej — *pulsus tardus et parvus (ryc.* 2 a i b).

Kształt krzywej uderzenia koniuszkowego serca nie odbiega od normy.



Ryc. 2 a.



Ryc. 2 b.

Zdjęcie równoczesne uderzenia koniuszkowego oraz tętnicy promieniowej prawej (ryc. 3 a) i lewej (ryc. 3 b) wykazało opóźnienie się fali tętna po stronie lewej o 0.1 sek. w porównaniu ze stroną prawą.

Elektrokardjogram, wykonany dwukrotnie w odstępie czteromiesięcznym nie wykazał odchyleń od normy (ryc. 4).

Rejestracja graficzna tonów serca ujawniła te same stosunki, co i badanie osłuchowe (ryc. 4).

Ciśnienie żylne określone metodą Moritza - Tabora'y wynosi na kończynie górnej prawej 158 mm H_2O, na lewej 100 mm H_2O.

Kapilaroskopja: palce lewej ręki — pętle dość długie i bardzo wąskie. Ramię tętnicze węższe od żylnego, chwilami ramię to jeszcze bardziej się zwęża. Pętle wogóle o przebiegu prostym, prąd krwi w nich bardzo żywy. Około 14 pętli w polu widzenia (I rząd pętli). Oprócz tego widać dość dobrze niższe rzędy pętli.

Palce prawej ręki: kapilary znacznie krótsze, bardzo pokręcone, wogóle słabiej widoczne, niż po stronie lewej. Znacznie szersze ramiona, zwłaszcza ramię żylne i łuk. Prąd krwi znacznie wolniejszy, niż po stronie lewej. W licznych miejscach widzimy tętniakowate zgrubienia. Ilość pętli około 16. Widać również niższe rzędy pętli i naczynia poprzeczne. Słowem po stronie prawej mamy obrazy charakterystyczne dla zastoju żylnego.

Dno oka nie wykazuje większych odchyleń od normy.

Brzuch i kończyny dolne bez zmian.

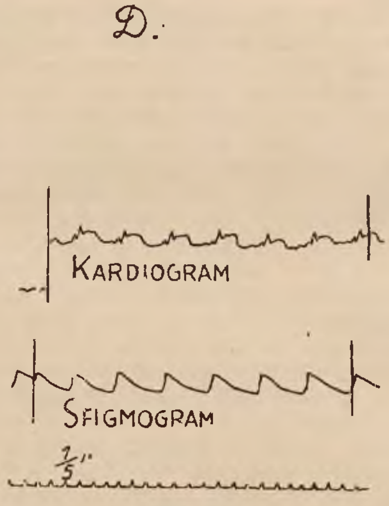
Badanie układu nerwowego daje wyniki prawidłowe.

Z przytoczonych badań wynika, że istnieją u naszej chorej przeszkody w krążeniu, które doprowadziły do powstania różnicy w charakterze tętna, szybkości jego zjawiania się oraz w ciśnieniu krwi na kończynach górnych i dolnych. Przeszkody te umiejscowiły się widocznie w różnych odcinkach głównego pnia tętniczego, skoro w każdej kończynie tętno i ciśnienie ukształtowały się inaczej.

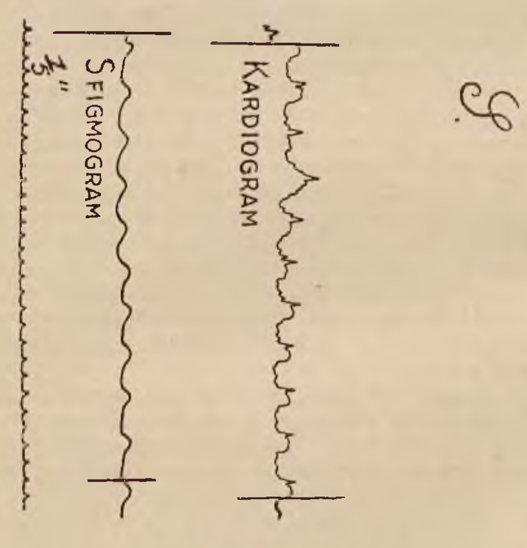
Już więc na tej podstawie mogliśmy odrzucić nasuwające się rozpoznanie zwężenia cieśni aorty, jednakże dopiero badanie radjologiczne umożliwiło ustalenie istotnego stanu rzeczy.

Badanie radjologiczne tłumaczy nam w tym przypadku prawie wszystkie objawy kliniczne, to też ma znaczenie niemal autopsji. Śmiało możemy powiedzieć, że bez badania radjologicznego nie mielibyśmy przyżyciowego wytłumaczenia obrazu chorobowego.

W obrazie radjologicznym przednim (ryc. 5 a i b) widzimy boczne skrzywienie kręgosłupa ku stronie prawej. Serce jest dość duże, ale nie wykazuje wybitnych cech serca przerostowego. Zwrócić należy uwagę, że cień serca w przypadkach skrzywienia kręgosłupa, spowodu odmiennego od normalnego ustawienia serca, nie daje nam możności dokładnej analizy poszczególnych jego odcinków. Łuk aorty więcej niż normalnie uwypukla się w obręb lewego pola płucnego. Śledząc przebieg zarysu zewnętrznego aorty zstępującej zauważymy, że od VI kręgu piersiowego począwszy wdół zarys ten jest wyraźnie widoczny poprzez cień serca, gdyż daje intensywny cień. Równolegle do zarysu zewnętrznego widać zarys przyśrodkwy na tle cienia kręgosłupa. Na wysokości IX X i XI kręgu piersiowego widać w kilku miejscach zbieganie się tych zarysów ku sobie, wyraźne przewężenie światła aorty.



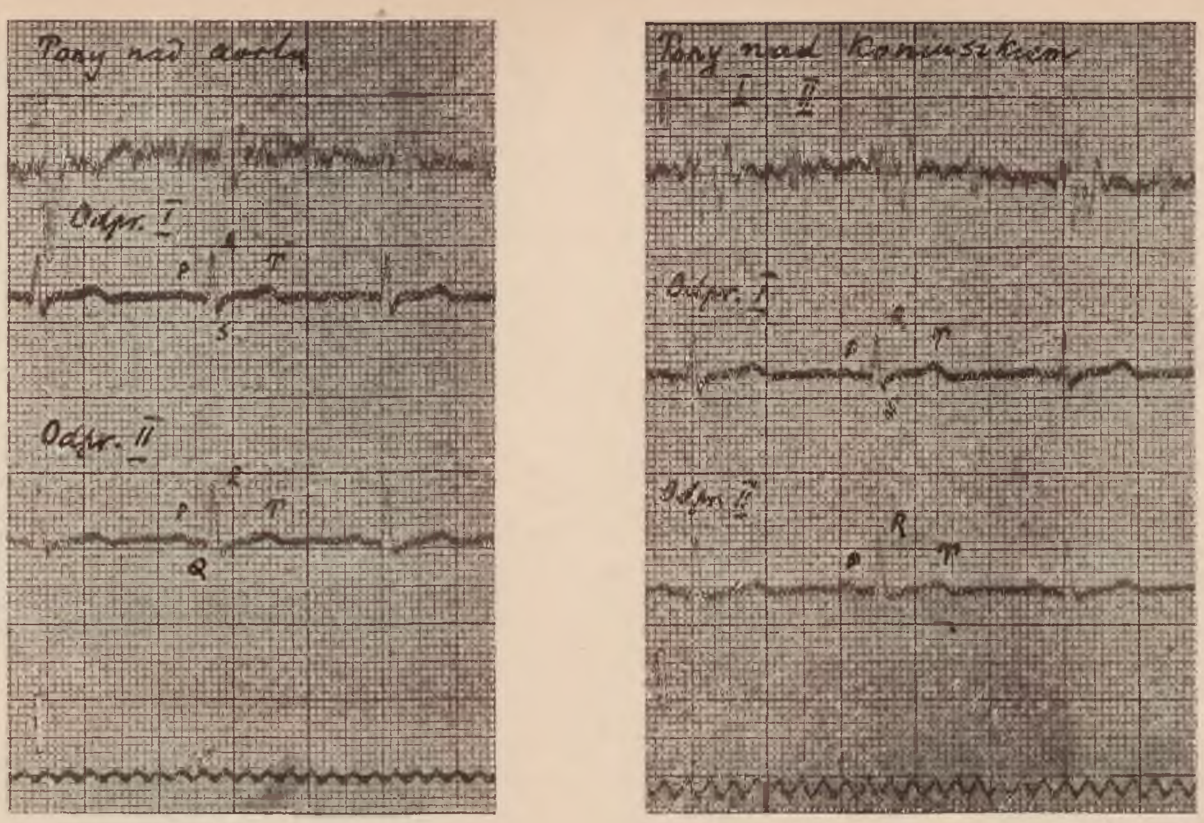
Ryc. 3 a.



Ryc. 3 b.

Po odwróceniu chorej do pozycji skośnych (ryc. 6 a i b, 7 a i b) widać w tylnem śródpiersiu twór o zarysach intensywnych, lecz nieregularnych. Twór ten słabo tętni. Wyraźnie widać przejście zarysów aorty w zarysy tego tworu. Nie może on więc niczemu innemu odpowiadać, jak zwapniałej aorcie zstępującej. W miejscu gdzie zaczyna się wyraźne zwapnienie, przekrój aorty wynosi 16 mm. Powyżej tego miejsca aorta jest znacznie szersza. Wyraźnie uwidoczniają się w pozycjach skośnych kilkakrotne przewężenia światła aorty zstępującej w części nadprzeponowej i fantastyczna konfiguracja aorty zstępującej.

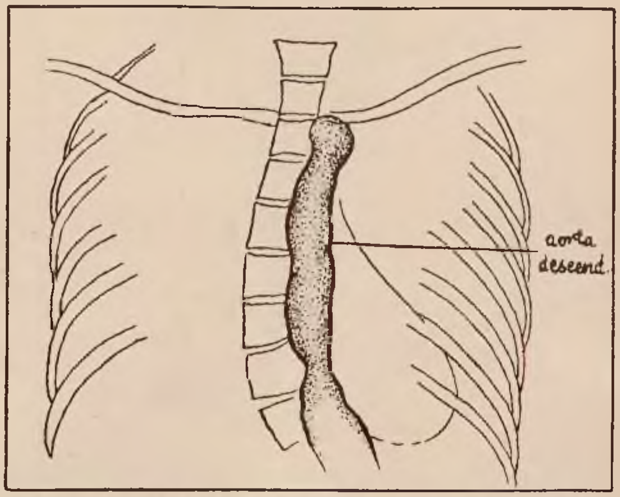
Papka kontrastująca, spływając przez przełyk, zatrzymuje się przejściowo mniejwięcej na wysokości połowy mostka. Chora odczuwa w tem miejscu wyraźną przeszkodę w przechodzeniu pokarmów, jednak nie zdołano stwierdzić uchwytnych zmian w ścianie przełyku ani zalegania treści.



Ryc. 4. Elektrokardjogram i fonogram.



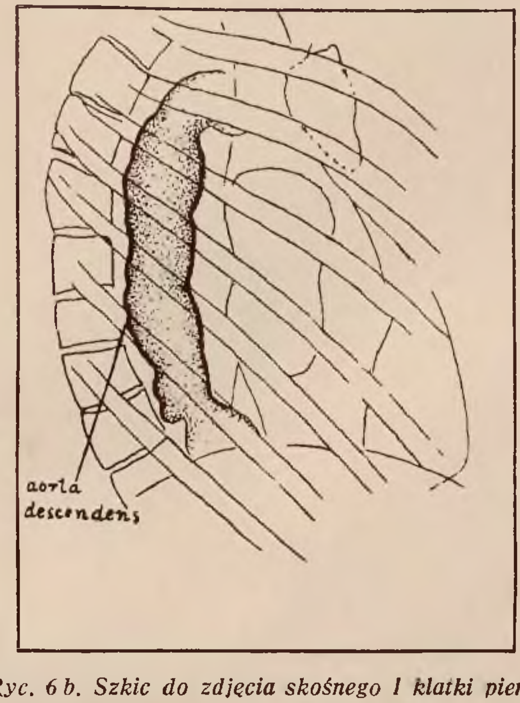
Ryc. 5 a. Zdjęcie tylno-przednie klatki piersiowej.



Ryc. 5 b. Szkic do zdjęcia tylno-przedniego klatki piersiowej.



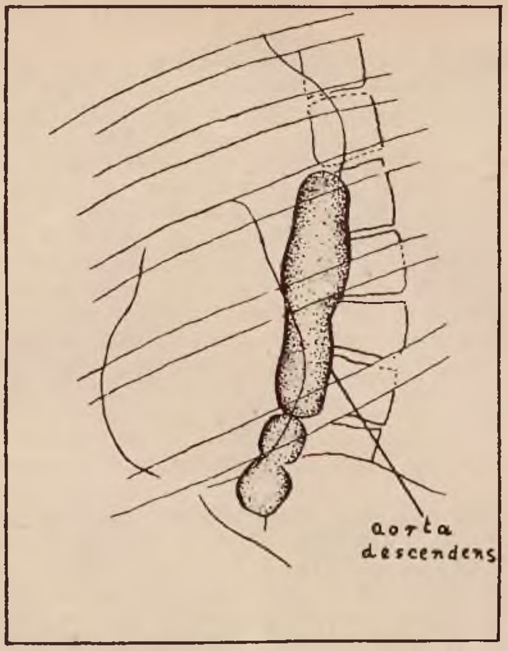
Ryc. 6 a. Zdjęcie skośne I klatki piersiowej.



Ryc. 6 b. Szkic do zdjęcia skośnego I klatki piers.



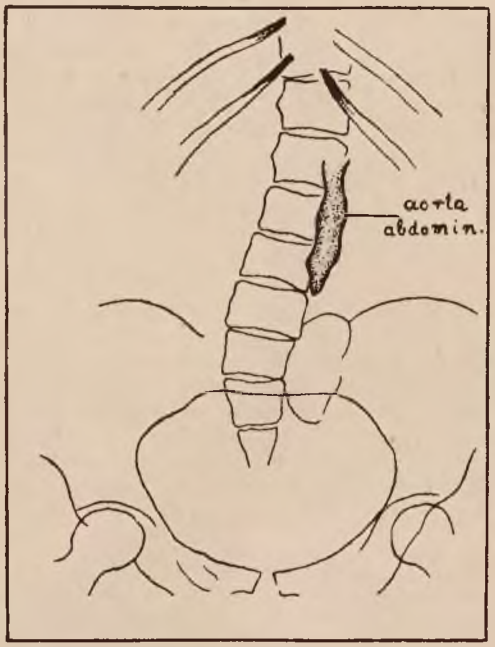
Ryc. 7 a. Zdjęcie skośne II kl. piersiowej.



Ryc. 7 b. Szkic do zdjęcia skośnego II klatki piers.



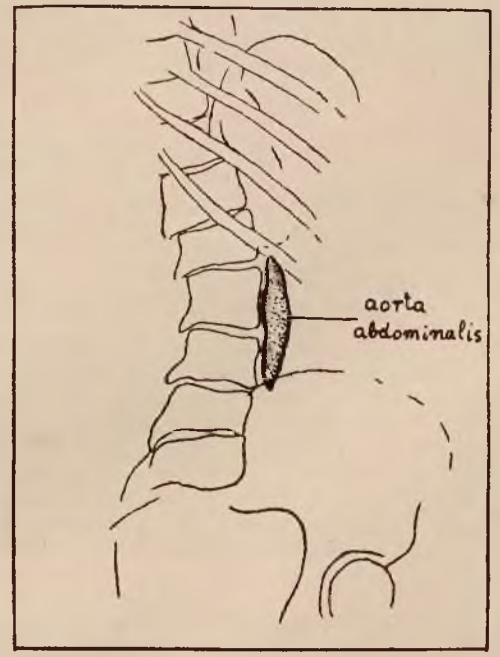
Ryc. 8 a. Zdjęcie przednio-tylne jamy brzusznej.



Ryc. 8 b. Szkic do zdjęcia przednio-tylnego jamy brzusznej.



Ryc. 9 a. Zdjęcie skośne jamy brzusznej.



Ryc. 9 b. Szkic do zdj. skośnego jamy brzusznej.

Nie stwierdza się w naszym przypadku drobnych nadżerek rowka w dolnej krawędzi żeber, co byłoby radjologicznym wyrazem krążenia obocznego przez tętnice międzyżebrowe.

Zwapnienie ściany aorty widoczne jest również w obrębie jej części brzusznej (ryc. 8 a i b, 9 a i b).

Nie widać zwapnień w tętnicach o mniejszym przekroju ani w obrębie brzucha, ani w obrębie kończyn. Uwapnienie kości normalne.

Na podstawie całokształtu przedstawionych tu badań, zwłaszcza zaś opierając się na badaniu radjologicznem, widzimy, że chora dotknięta jest stwardnieniem nieomal całej tętnicy głównej, z niejednolitem jednak nasileniem sprawy chorobowej w różnych jej odcinkach.

Zmiany te doprowadziły do zwężenia koryta tętniczego i pociągnęły za sobą wzrost ciśnienia krwi wogóle, a różnicę jego w różnych kończynach w szczególności.

Tętniący twór w prawej połowie dołka jarzmowego mógłby powstać wskutek wydłużenia się aorty i przesunięcia w ten sposób pnia tętnicy bezimiennej. Przeciwko temu przemawia jednak prawidłowe ułożenie tętnicy podobojczykowej prawej, która w tym przypadku również byłaby przesunięta ku górze. Dlatego też skłonni jesteśmy uważać wspomniany twór za tętniak tętnicy bezimiennej, za czem przemawia chybkie tętno i bardzo duża amplituda ciśnień na kończynie górnej prawej. Można bowiem wyobrazić sobie, że twór ten jest elastycznym workiem, który z jednej strony wzmaga ilość wyrzuconej do prawej ręki krwi, z drugiej zaś strony, poddając się łatwo fali zwrotnej w okresie rozkurczu, obniża znacznie ciśnienie rozkurczowe. Byłby to więc tętniak tętnicy bezimiennej, który powstał w miejscu nieuszkodzonem pod wpływem olbrzymiego naporu krwi, nie mogącej się swobodnie przesuwać do dalszych odcinków aorty wskutek trwałych i poważnych przeszkód.

Jaka jest jednak patogeneza zmian w aorcie? Odrzuciwszy kiłę dla braku jakichkolwiek danych w tym kierunku zarówno anamnestycznych jak i somatycznych oraz spowodu ujemnego odczynu Bordet-Wassermanna i niecharakterystycznych dla kiły obrazów rentgenologicznych, wykonaliśmy w poszukiwaniu czynnika etjologicznego szereg badań dodatkowych.

W moczu wielokrotnie sprawdzanym żadnych zmian nie wykryliśmy.

Zawartość mocznika we krwi: 0,3 g na litr.

Próba sucha wykazała prawidłową zdolność stężania; próba wodna wypadła w ten sposób, że chora po wypiciu 1 litra już w ciągu pierwszych 2 godzin wydaliła 1.435 cm^3 moczu o c. g. 1000—1002, co jest dowodem pewnej nadwrażliwości i uszkodzenia nerek. Jednakże uszkodzenie to nie może odgrywać żadnej etjologicznej roli i jest zapewne jedynie wyrazem zaburzeń w ukrwieniu nerek.

Krew — Hb 78%, czerw. c. 3.920.000, wskaźnik barwl. 1, białych c. 8.400, w tem obojętnochłonnych 77% (pałeczkowatych 4.5%, segmentowanych 72.5%), limfocytów 15%, monocytów 7%, kwasochłonnych 0.5%, zasadochłonnych 0.5%; a więc poza niewielkiem zmniejszeniem ilości czerwonych ciałek i limfocytów obraz krwi nie odbiega od normy.

Stwierdzone we krwi *hypercalcaemia* (0,17%) i *hypercholesterynaemia* (wolnej cholesteryny: 1.2‰, ogólna ilość: 2.2‰), oraz nieznaczne zmniejszenie się zasobu zasad (52,8%) niewiele również przyczyniły się do wyświetlenia tła etjologicznego cierpienia.

Przyjąć więc należy, że przedstawione tu zmiany w aorcie są zmianami pierwotnemi, za czem przemawia przedewszystkiem obecność obrączkowatych przewężeń, które możnaby wytłumaczyć jedynie zejściem spraw zapalnych lub zaburzeń rozwojowych.

W rozwoju embrjonalnym tętnicy głównej zstępującej i brzusznej brak jest czynników, któreby ten rozwój paczyły i doprowadzały w różnych miejscach do przewężeń. Zresztą trudno sobie wyobrazić, aby z tak rozległemi zmianami w ciągu blisko 20 lat chora nie miała żadnych dolegliwości i najmniejszego nawet ograniczenia wydolności krążenia.

Musimy zatem przypuścić, że decydującą rolę odegrał tu czynnik nabyty (kondycjonalny) pochodzenia zapalnego, który umiejscowił się w różnych odcinkach aorty i doprowadził do zwężających ją blizn z następowem odkładaniem się soli wapnia.

Zmiany zapalne w aorcie występują zdaniem Mönckeberga nieomal wyłącznie na tle luetycznem. Mönckeberg cytuje wprawdzie kilka przypadków zapalenia aorty na innem tle, wymieniając ostry proces ropny (przypadek Eicha), uraz, gruźlicę, wreszcie gościec stawowy (Klotz), jednak zdaniem Mönckeberga są to przypadki sporadyczne.

Jak już wspomniano w naszym przypadku nie mamy żadnych danych, które nasuwałyby podejrzenie kiły. Rozmieszczenie zmian w aorcie również nie przemawia za podłożem kiłowem. Wiadomo, że zmiany kiłowe głównie umiejscawiają się w części wstępującej, rzadziej w części zstępującej, a bardzo rzadko w części brzusznej aorty. W naszym przypadku najrozleglejsze zmiany mamy w części zstępującej i brzusznej. Część wstępująca natomiast wydaje się niezmieniona.

Wbrew zdaniu Mönckeberga lipski anatomo-patolog Klinge uważa na podstawie swoich badań zmiany gośćcowe w tętnicy głównej za częstą przyczynę stwardnienia tego naczynia. We Francji już od czasów Bouilland (1840 r.) zwracano uwagę na związek schorzeń gośćcowych ze schorzeniami naczyń a zwłaszcza aorty. Hannot (1894 r.) wyraził przypuszczenie, że miażdżyca czasami występuje w następstwie *arteriitis rheumatica acuta*. Jednakże pod wpływem powszechnie panujących poglądów o przeważającej roli kiły w patogenezie schorzeń aorty poglądy Bouillaud i Hannot nie znalazły należytego oddźwięku. Dopiero Klotz w 1912 r. pierwszy systematycznie opracował histologiczny obraz *aortitis rheumatica* i wykazał, że po ostrym okresie schorzenia może nastąpić okres tworzenia się blizn w błonie środkowej.

Klinge stwierdza na podstawie materjału sekcyjnego, że uszkodzenia pogośćcowe aorty są stosunkowo częste i występować mogą zupełnie niezależnie od współistnienia gośćca stawowego. Zwraca on też uwagę, że zmiany te nie tak jak w kile umiejscowione są przeważnie w części brzusznej i mogą tutaj nawet być rozleglejsze aniżeli w części piersiowej aorty. Według Klingego badania zmian gośćcowych dowiodły bezspornie, że miażdżyca bywa bardzo często zejściem uszkodzenia zapalnego ściany naczyniowej.

Podobne stanowisko co do wpływu uszkodzenia gośćcowego na powstanie zmian w aorcie zajmuje anatomo-patolog szwajcarski Gerlach w swej pracy z roku 1936. Cytuje on między innemi spostrzeżenia Wiesela, który twierdzi, że na podłożu zmian gośćcowych w aorcie powstać mogą nawet tętniaki, i przytacza pracę Glahna i Pappenheima z roku 1924, dotyczącą 26 przypadków gośćca, w których błona środkowa tętnicy głównej uległa ciężkim zmianom bliznowatym, sięgającym do błony wewnętrznej i umiejscowionym przeważnie w pobliżu naczyń odżywczych. Podobne spostrzeżenia notują Chiari[1]) (1928) i Sigmund (1929 r.).

Być może, że w naszym przypadku mamy również do czynienia z zejściem gośćcowego zapalenia aorty. Brak jakichś wyraźniejszych pod tym względem danych w wywiadach nie wyklucza tej możliwości, bowiem znane są analogiczne obrazy ciężkich schorzeń wsierdzia, które tworzyły się bez żadnych podmiotowych odczuwań. Klinge podkreśla, że spotykał zmiany gośćcowe w aorcie także bez danych anamnestycznych o gośćcu stawowym.

Zresztą nie upieramy się w danym przypadku bynajmniej przy etjologji gośćcowej. Możliwe, że odegrały tu rolę inne czynniki zakaźne.

Ze względu na rzadkość tak rozległych zmian w aorcie nie możemy jednak oprzeć się wrażeniu, że przypadek powyżej opisany powinien skierować uwagę naszą w kierunku niewątpliwych zależności niektórych schorzeń aorty od uszkodzenia gośćcowego lub innego zakaźnego, o podobnym wpływie.

Przeszło dwuletnia obserwacja i wielokrotne badanie chorej wykazały niezmienność obrazów radjologicznych, co zdaniem naszem jest bezspornym dowodem, że mamy tutaj do czynienia z procesem zakończonym i w zakresie aorty niepostępującym, co również przemawia przeciwko etjologji kiłowej cierpienia.

W. S. HOŁOBUT. Lwów.

Badanie mechanizmu subordynacji nerwowej *).

II. Spolaryzowanie układu nerwowego jako podstawa zjawisk subordynacyjnych.

Instytut Fizjologji Uniwersytetu Jana Kazimierza we Lwowie.

Nerw obwodowy pozostający w połączeniu z ośrodkami nerwowemi posiada chronaksję krótszą, subordynacyjną w odróżnieniu od dłuższej konstytucyjnej, jaką przybiera po wyłączeniu układu środkowego. Rola poszczególnych części układu środkowego nerwowego oraz podniet dośrodkowych w zjawiskach subordynacji znalazła swój wyraz w szeregu prac szkoły Lapicque'a, jak i własnych autora (W. S. Hołobut (35)). Poszukiwania głębszej przyczyny zjawisk pobudliwości podporządkowanej nerwu, sprowadzają zagadnienie do podstaw natury fizykalnej.

---

[1]) Cyt. wg. Gerlacha.

*) Praca przeznaczona do zeszytu jubileuszowego wydanego z okazji 40-letniej działalności naukowej Prof. Dr. Władysława Szymonowicza.

Dane fizykalne pobudliwości subordynacyjnej nerwu, które dotychczas poznaliśmy stanowią: skrócona chronaksja, zwiększona reobaza i zmniejszona szybkość przebiegu stanu czynnego. Te same cechy charakterystyczne napotykamy w nerwie, który poddany wpływowi bieguna dodatniego prądu stałego wykazuje stan anelektrotoniczny. Podobnie jak w subordynacji odnajdziemy w anelektrotonus skróconą chronaksję, podwyższoną reobazę i zmniejszone przewodnictwo (H. Cardot i H. Laugier (14), G. H. Bishop i I. E. Erlanger (26). I to jest rzeczą godną uwagi. Jeśli nadto zdamy sobie sprawę, że stan anelektrotoniczny jest niczem innem jak sztucznem podwyższeniem polaryzacji dodatniej włókien nerwowych, to wykazanie przez A. M. Monnier i H. Jasper (32) zwiększenia polaryzacji dodatniej nerwu będącego w łączności z środkowym układem, umacnia analogię między obu zjawiskami.

Siedzibą i bezpośredniem źródłem subordynacji nerwowej jest ośrodkowy układ nerwowy. On to, zasilany podnietami dośrodkowemi, płynącemi szerokim strumieniem poprzez drogi czuciowe, promieniuje znów ze swej strony do obwodu utrzymując w ten sposób stan pobudliwości podporządkowanej w obwodowych nerwach ruchowych (W. S. Hołobut l. c.). W dalszym ciągu, jeśli doceniając znaczenie w subordynacji ośrodków mózgowia, które już same przez się wywołują i utrzymują na obwodzie pobudliwość podporządkowaną, poddamy je teraz wpływowi anody, to okazuje się, że wywołany stan anelektrotoniczny mózgowia pogłębia jeszcze bardziej już uprzednio istniejące cechy subordynacji, skracając jeszcze więcej chronaksję i zwiększając reobazę (W. S. Hołobut (35). Odnosi się wrażenie, że w normalnych, fizjologicznych warunkach, środkowy system nerwowy przedstawia stan pewnego napięcia anelektrotonicznego. Czy tak jest w istocie rzeczy, rozstrzygną o tem badania potencjałów polaryzacyjnych poszczególnych obszarów środkowego układu nerwowego, zaangażowanych w zjawiskach subordynacyjnych. Nadto i inne cechy anelektrotoniczne, jak zmiany w reobazie i chronaksji powinnyby się odnaleźć w badaniach pobudliwości tych części układu nerwowego.

Metodyka.

Badania wykonano na żabach gatunku *Rana temporaria i R. esculenta* schwytanych w jesieni 1935 r. Pomiarów dokonywano w miesiącach zimowych i wiosennych. W krótkotrwałej narkozie eterowej odsłaniano mózgowie, rdzeń kręgowy w sposób udostępniający korzonki tylne, nadto przez odcięcie kości krzyżowej oraz części biodrowej, splot lędźwiowy, wreszcie na udzie nerw kulszowy, a wkońcu mięsień łydkowy. Przez ostrożne preparowanie unikano krwawienia i uszkodzenia układu nerwowego. W większości przypadków rozpoczynano badania po przebudzeniu się zwierzęcia unieruchomionego na podstawce gumowej. Pomiary chronaksji i reobazy przeprowadzone były klasyczną metodą i aparaturą Lapicque'a. Katodę drażniącą stanowiła elektroda niepolaryzująca typu d'Arsonvala-Lapicque'a, zakończona cienką nitką bawełnianą. Przekrój poprzeczny zakończenia nitki stale jednakowo długiej przykładano zlekka do odsłoniętych części systemu nerwowego. Anoda skonstruowana z pochlorowanej płytki srebrnej owiniętej watą napojoną płynem Ringera tkwiła na stałe w zamkniętej jamie ustnej żaby. Włączone rzędowo i równolegle opory stanowiły w sumie z preparatem wartość 10000 Ω. Efektorem dla pobudliwości półkul mózgowych i płatów wzrokowych były ruchy gałki ocznej, zaś dla reszty układu nerwowego minimalny skurcz mięśnia łydkowego.

Prądy polaryzacyjne lub demarkacyjne, których kierunek i napięcie stanowiło miarę stopnia polaryzacji badanych części układu nerwowego, mierzono jużto lusterkowym galwanometrem Wiedemanna, jużto strunowym Einthovena. Czułość galwanometru Wiedemanna stale oznaczana po każdem doświadczeniu wynosiła średnio (18—22) . 10^{-9} A, zaś wychylenie nitki w galwanometrze Einthovena dla prądu siły 10 mV wynosiło na ekranie, albo papierze fotograficznym 9 mm. Odprowadzano prąd do galwanometru dwiema elektrodami niepolaryzującemi typu d'Arsonvala-Lapicque'a, z których jedna przyłożona była na stałe do ścięgna [1]) odsłoniętego mięśnia łydkowego, druga zaś wędrowała, zależnie od potrzeby na różne okolice układu nerwowego. Nerwy lędźwiowe i kulszowe izolowano od otoczenia przez podłożenie cienkich płytek szklanych. We wszystkich przypadkach badanych w ten sposób, kierunek prądu polaryzacyjnego był zawsze zstępujący.

Poniżej przytoczone protokóły dwóch doświadczeń, gdzie prądy polaryzacyjne badano galwanometrem lusterkowym, wykazują różne potencjały w zakresie układu nerwowego. W doświadczeniu pierwszem po lewej stronie zwierzęcia najwyższy potencjał posiadają półkule i ciała bliźniacze (płaty wzrokowe) wynoszący 1,8 i 1,9 mV, niższy już potencjał posiada rdzeń przedłużony (1,3), jeszcze niższy rdzeń kręgowy (0,9). wreszcie najniższy oba nerwy obwodowe (0,6 i 0,5 mV). Strona prawa preparatu wykazuje podobne stopniowanie potencjałów malejących od mózgowia do nerwu kulszowego. Bezwzględne wartości strony prawej we wszystkich badanych odcinkach układu nerwowego wyższe są niż w symetrycznych po stronie lewej (2,5—1,8, 2,3—1,9, 2,3—1,3 mV i t. d.). Po stronie prawej zbadano nadto pobudliwość i okazuje się, że chronaksje zachowują się odwrotnie niż potencjały polaryzacyjne badanych okolic. Chronaksja półkuli prawej wynosi 32 tysięcznych μF, ciał bliźniaczych nieco więcej bo 35, i w dalszym ciągu wzrasta wykazując wartość 42 dla rdzenia kręgowego, 48 dla nerwów lędźwiowych i 52 dla nerwu kulszowego. Co do reobazy, to ta ze swej strony maleje, idąc w kierunku od półkul ku obwodowi (3,1, 1,2, 0,9 V).

1. Doświadczenie 21. III. 1936.

Żaba normalna. Galwanometr Wiedemanna 10 mV = 100 mm (1 mm = 0,1 mV).

Strona lewa			Układ nerwowy	Strona prawa				
mV	Ilość mm	Wychylenie galw. w mm		Wychylenie galw. w mm	Ilość mm	mV	Reobaza w V	Chron. w C_{τ}
1,8	18	478—496	*Hemispher.*	486—511	25	2,5	3,1	32
1,9	19	479—498	*Lobi optici*	487—510	23	2,3	3,1	35
1,3	13	480—493	*Med. oblong.*	486—509	23	2,3	—	—
0,9	9	477—486	*Med. vertebr.*	487—507	20	2	1,2	42
0,6	6	478—484	*N. lumbal.*	487—503	16	1,6	0,9	48
0,5	5	478—483	*N. ischiad.*	486—500	14	1,4	0.95	52

Protokół drugiego doświadczenia tego typu, pokazuje takie same stopniowanie wartości prądów polaryzacyjnych odprowadzanych z poszczególnych obszarów nerwowych. Strona lewa żaby nieco mniej spolaryzowana niż prawa, (o czem świadczą porównane ze sobą wyższe bezwzględne wartości potencjałów tychże samych części układu nerwowego) wykazuje w zakresie półkuli i ciał bliźniaczych równe wartości (5 mV), już mniejszą dla rdzenia przedłużonego (4,7) i coraz to mniejsze dla niżej po-

2. Doświadczenie 21. III. 1936.

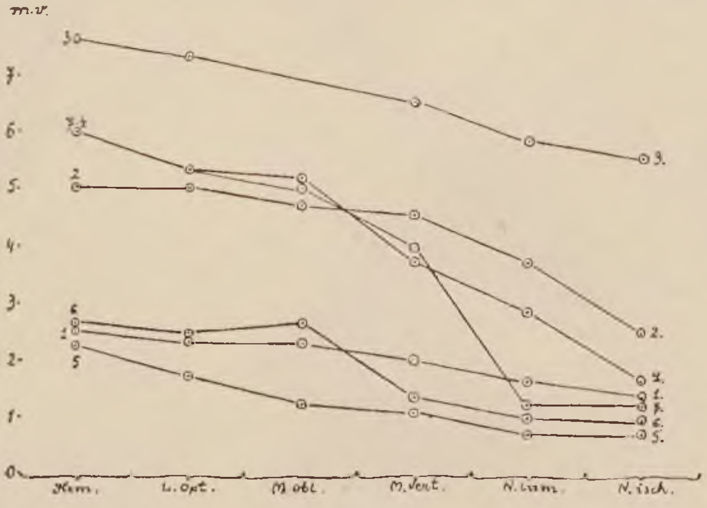
Żaba normalna. Galwanometr Wiedemanna 10 mV po lewej str. = 100 mm, po prawej = 98 mm.

Strona lewa			Układ nerwowy	Strona prawa				
mV	Ilość mm	Wychylenie galw. w mm		Wychylenie galw. w mm	Ilość mm	mV	Reobaza w V	Chron. w C_{τ}
5	50	473—523	*Hemispher.*	476—544	68	6,93	5	28
5	50	473—523	*Lobi optici*	477—538	61	6,22	4,8	28
4,7	47	473—520	*Med. oblong.*	477—535	58	5,91	—	—
4,5	45	473—518	*Med. vertebr.*	476—526	50	5,1	1,6	34
3,7	37	473—510	*N. lumbal.*	475—513	38	3,87	0,7	40
2,4	24	473—497	*N. ischiad.*	476—501	25	2,55	0,55	45

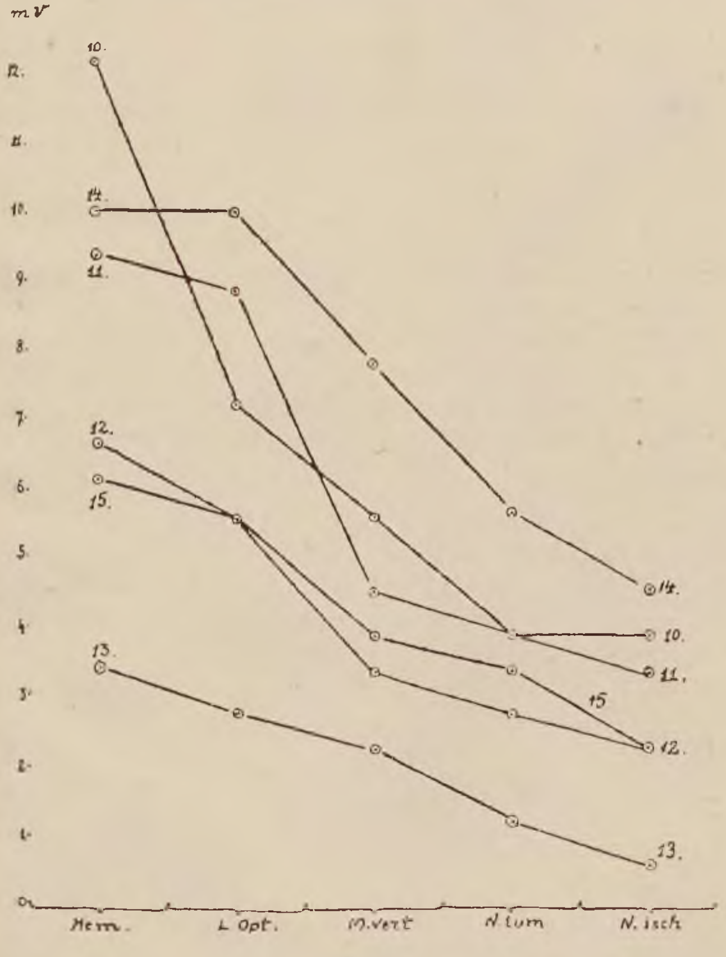
ostatnio badania Szabuniewicza (31). By uniknąć jednak zarzutu, że mimo wszystko mięsień mógł być, nawet przez tak krótki czas badania (około 3 minut), źródłem zmian siły elektrobodźczej prądu odprowadzanego, przedsiębrałem między innemi doświadczenia, w których elektroda stała była zanurzona w płynie Ringera, otaczającym żabę, która wówczas znajdowała się w misce porcelanowej o dnie pokrytem płynem Ringera stykającym się z całą powierzchnią dolną zwierzęcia. W ten sposób elektroda stała była w swej powierzchni bardzo powiększona, i uważana być mogła za obojętną. Wyniki uzyskane z tych doświadczeń były identyczne z wynikami otrzymanemi przy elektrodzie stałej przyłożonej na ścięgno mięśnia, z tą różnicą tylko, że nasilenie prądów odprowadzanych z poszczególnych części układu nerwowego było proporcjonalnie we wszystkich odcinkach tego układu mniejsze. Stwierdziwszy to z całą pewnością, powróciłem do postępywania pierwszego, t. j. do przykładania elektrody stałej na ścięgno mięśnia. Ponadto i z innych względów takie a nie inne odprowadzenie wydawało mi się usprawiedliwione. Zdajemy sobie bowiem sprawę, że zjawiska subordynacyjne zachodzą w kompleksie mózgowie-rdzeń-nerwy obwodowe-mięsień. Odprowadzając prąd polaryzacyjny czyto z mózgowia, czyto z rdzenia, czy też z nerwów, musiałem uwzględnić zawsze jeszcze ostatni człon kompleksu subordynacyjnego, jakim jest mięsień, bez niego bowiem zjawisk subordynacyjnych stwierdzić nie można.

[1]) Odprowadzenie stałej elektrody z ścięgna mięśnia, wybrałem ze względu na to, że według praw Hermanna, mięsień nieczynny i nieuszkodzony jest izopotencjalny. Fakt izopotencjalności całej powierzchni mięśnia nieuszkodzonego i niepoddanego żadnym czynnikom uszkadzającym potwierdzają

łożonych odcinków neuronu obwodowego. Strona prawa preparatu wykazuje stopniowaną rozpiętość wartości potencjałów w zakresie od 6,93 dla półkul do 2,5 mV dla nerwu kulszowego. Oznaczenia chronaksymetryczne okazują wzrost stopniowy chronaksyj, i to wzrost w miarę jak polaryzacja ku obwodowi maleje. Pod tym względem wartości reobazy zachowują się przeciwnie.



Ryc. 1.
○—○—○ *potencjały polaryzacyjne zmierzone galw. Wiedemanna w dośw. 1—7.*

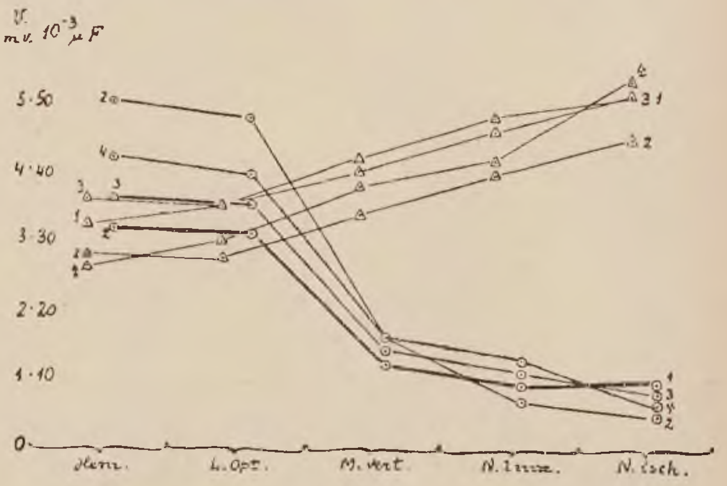


Ryc. 2.
○—○—○ *potencjały polaryzacyjne zmierzone galw. Einthowena w dośw. 10—15.*

Celem nie powtarzania się w opisie zgodnych w wynikach doświadczeń tego typu, w których prądy polaryzacyjne mierzono jużto galwanometrem Wiedemanna, jużto strunowym Einthowena, ujęto wyniki w graficzne zestawienia. Ryc. 1. przedstawia kilka doświadczeń przy pomocy galwanometru lusterkowego, ryc. 2. zaś inne doświadczenia z tej serji, dokonane przy użyciu galwanometru strunowego. Ryc. 3. przedstawia wykresy wartości chronaksji i reobazy.

Na powyższych wykresach widać, że we wszystkich doświadczeniach potencjały prądów polaryzacyjnych zstępują z wartości wyższych do niższych, i to w sposób stopniowy, idąc od półkul mózgowych przez płaty wzrokowe, rdzeń przedłużony, kręgowy do nerwu lędźwiowego i kulszowego. Rozpiętość różnic stanów polaryzacji między poszczególnemi, sąsiadującemi częściami systemu nerwowego jest różna. Różnice między potencjałami półkul i ciał bliźniaczych stosunkowo są najmniejsze, również w większości wypadków niewielka zachodzi różnica między nerwem lędźwiowym a kulszowym. Większe natomiast i wydatniejsze spadki w stopniu spolaryzowania tkanki nerwowej obserwuje się co do mózgowia w rdzeniu kręgowym, jak też i w nerwach w stosunku do rdzenia kręgowego.

Wyniki te zgodne są w zasadzie z badaniami dawnemi przedsiębranemi w tutejszym Zakładzie przez A. B e c k a (01, 11). A. B e c k jako pierwszy wykazał między innemi istnienie prądów spoczynkowych w mózgowiu i rdzeniu kręgowym. Te serje doświadczeń jego, w których badał prądy odprowadzane do galwanometru z nieuszkodzonych powierzchni układu nerwowego środkowego, wykazywały zawsze kierunek zstępujący prądu, a wyższe potencjały okolic centralnie położonych, względem niższych na okolicach obwodowych.



Ryc. 3.
△—△—△ *chronaksje,*
○—○—○ *reobazy w doświadczeniach 1—4.*

Zachowanie się czasowej pobudliwości tych samych okolic układu nerwowego wyrażone w chronaksji, wykazuje podobne stopniowanie lecz wręcz w przeciwnym kierunku idące. Najniższe wartości chronaksymetryczne obserwujemy w półkulach i ciałach bliźniaczych, wyższe już znacznie w rdzeniu kręgowym, zaś najbardziej podniesione znajdujemy w nerwie lędźwiowym i kulszowym. Zmiany te są, zdaje się, zależne od stopnia polaryzacji miejscowej. Stosunkowo małe różnice we wzniesieniu chronaksji między półkulami a ciałami bliźniaczemi odpowiadają małym różnicom obniżenia potencjału tych okolic. I naodwrót, większe skoki w wartościach chronaksji między mózgowiem a rdzeniem kręgowym, zbiegają się z większemi obniżeniami polaryzacji dodatniej. Oznaczenia reobazy wykazują także stopniowanie wartości. Kierunek ich przesunięć w wartościach jest jednak odwrotny niż chronaksji, chociaż z nią ściśle związany. Zstępujące w określeniu do systemu nerwowego wartości reobazy jak i ich odpowiednia rozległość przeskoków wskazuje na łączność ze stanem spolaryzowania okolicy badanej. Rozbiór omówionych wykresów prowadzi do przekonania, że stopień spolaryzowania dodatniego pewnej części układu nerwowego, jak i też oba parametry pobudliwości są z sobą ściśle związane. Znalezienie takiej lub innej wartości chronaksymetrycznej z odpowiadającą jej reobazą nie zdaje się być przypadkowem, lecz uwarunkowane od wielkości potencjału polaryzacyjnego podłoża badanego.

Doceniając znaczenie i rolę podniet dośrodkowych w zjawiskach subordynacji (W. S. H o ł o b u t l. c.) badano polaryzację i pobudliwość układu nerwowego przed i po przecięciu korzonków tylnych. Protokóły doświadczeń 4. i 15. ilustrują te badania.

Strona prawa zwierzęcia, która jest spolaryzowana w zakresie systemu nerwowego nieco słabiej niż lewa, wykazuje stopniowo coraz to mniejsze ku obwodowi potencjały. Po przecięciu korzonków tylnych stopniowanie potencjałów polaryzacyjnych bynajmniej się nie zatraca, jednakże ich wartości zostały w obrębie dla każdego obszaru badanego obniżone, średnio o 50%. Np. potencjał półkul spadł z 2,26 na 1,01 mV, rdzenia kręgowego

4. Doświadczenie 3. IV. 1936.

Żaba normalna. Galwanometr Wiedemanna. 10 mV = 128 mm.

Strona lewa					Układ nerwowy	Strona prawa		
Chron. w C_τ	Reobaza w V	mV	Ilość mm	Wychylenie galw. w mm		Wychylenie galw. w mm	Ilość mm	mV
27	4,2	5,92	76	222—298	*Hemispher.*	223—252	29	2,26
30	4	5,3	68	223—291	*Lobi optici*	222—250	28	2,18
—	—	5,14	66	222—288	*Med. oblong.*	223—248	25	1,95
38	1,6	3,74	48	223—271	*Med. vertebr.*	222—242	20	1,56
41	1,3	2,8	36	223—259	*N. lumbal.*	222—233	11	0,85
53	0,65	1,63	21	222—243	*N. ischiad.*	222—233	11	0,85
po przecięciu korzonków tylnych								
30	4	4,83	62	223—285	*Hemispher.*	221—234	13	1,01
32	3,8	4,57	58	223—281	*Lobi optici*	221—233	12	0,93
—	—	3,97	51	223—274	*Med. oblong.*	221—233	12	0,93
42	1,3	3,19	41	222—263	*Med. vertebr.*	221—230	9	0,7
50	0,75	1,48	19	223—242	*N. lumbal.*	221—225	4	0,31
58	0,6	0,93	12	223—235	*N. ischiad.*	221—221	—	—

z 1,56 na 0,7 mV i t. d. Strona lewa preparatu podobne wykazuje zmiany, wywołane przez przecięcie korzonków tylnych. Spadek stopnia polaryzacji poszczególnych okolic mózgowia i reszty układu nerwowego może nie wszędzie jest tak znacznej wielkości, jak po stronie prawej, lecz w każdym razie wcale wydatny (np. z 5,92 na 4,85 mV dla półkul, z 2,8 dla nerwów lędźwiowych na 1,48 mV). Badana po tejże stronie pobudliwość czasowa z charakterystycznie w kierunku obwodu rosnęcemi chronaksjami (27, 30, 41, 53 . 10^{-3} μF) a zmniejszającemi się reobazami (4,2, 4, 1,6, 1,3, 0,65 V), zmienia się po usunięciu podniet dośrodkowych. Zmiana polega, podobnie jak i w polaryzacji, nie na jakościowym lecz na ilościowym charakterze. Wartości chronaksymetryczne w dalszym ciągu układają się w sposób wzrastający dla obwodowo położonych okolic układu nerwowego, lecz poziom ich jest wyższy (30, 32, 42, 50, 58 . 10^{-3} μF). Także i zmiany w reobazie systematycznie nadążają za zmianami w chronaksji i stopniu spolaryzowania. Ich charakter malejący ku obwodowi utrzymuje się i nadal, a tylko ich bezwzględne wartości są obniżone.

15. Doświadczenie 30. IV. 1936.

Żaba normalna. Galwanometr Einthewonea 10 mV = 9 mm.

Strona lewa.

Przed przecięciem korzon. tylnych				Układ nerwowy	Po przecięciu korzonków tylnych			
Chron. w C_τ	Reobaza w V	mV	Wychylenie galw. w mm		Wychylenie galw. w mm	mV	Reobaza w V	Chron. w C_τ
32	4,7	7,15	6.5	*Hemispher.*	5,5	6,05	4,5	35
36	4,6	6,6	6	*Lobi optici*	5	5,5	4,4	38
46	2,1	4,95	4,5	*Med. vertebr.*	4,5	4,6	1,85	47
52	1,1	4,4	4	*N. lumbal.*	3,5	3,85	0,9	54
56	0,9	3,3	3	*N. ischiad.*	2	2,2	0.65	58

Doświadczenie 15., w którem prądy polaryzacyjne mierzono galwanometrem strunowym a badania przeprowadzono tylko lewostronnie, wykazuje identyczne zachowanie się zmian w polaryzacji i obu składowych pobudliwości czasowej po przecięciu korzonków czuciowych.

Oba doświadczenia 4 i 15. mają swe graficzne odzwierciedlenia w rycinach 4. i 5. Przecięcie korzonków tylnych nie zmienia zasadniczo ustosunkowania się potencjałów polaryzacyjnych między poszczególnemi częściami systemu nerwowego, obniża zaś stopień u wszystkich. Równocześnie ze zmianą w polaryzacji po przecięciu korzonków tylnych pojawiają się zmiany w wartościach chronaksymetrycznych, które obok normalnie występującego wzrostu w kierunku obwodu układu nerwowego, wzrastają w jednych i tych samych poszczególnych obszarach. Zmiany reobazy postępują równolegle do poprzednich, malejąc w kierunku obwodu, i w poszczególnych wartościach dla każdej okolicy badanej.

Rycina 6 przedstawia fotografje elektrogramów prądów polaryzacyjnych zapisanych galwanometrem strunowym przed i po przecięciu korzonków tylnych.

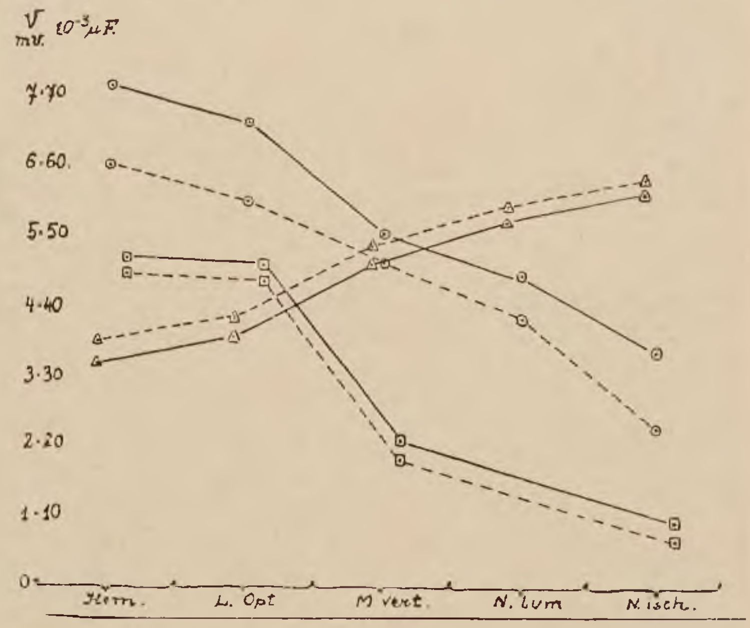
Celem przekonania się jeszcze inną drogą, czy wyżej wykazane właściwości rozmieszczenia potencjałów polaryzacyjnych oraz wartości pobudliwości z niemi związane, mają istotną łączność ze zjawiskami subordynacji, wykonano szereg doświadczeń na żabach kuraryzowanych z jednej strony, jak też z drugiej strony na żabach głęboko uśpionych w narkozie eterowej. Wiemy, że głęboka narkoza znosić ma objawy pobudliwości podporządkowanej, kurara natomiast będąc jadem szczególnie dla mięśnia, zasadniczo atakować nie powinna zjawisk subordynacyjnych.

18. Doświadczenie 28. IV. 1936.

Żaba w głębokiej narkozie eterowej. Galwanometr Einthowena, 10 mV = 9 mm.

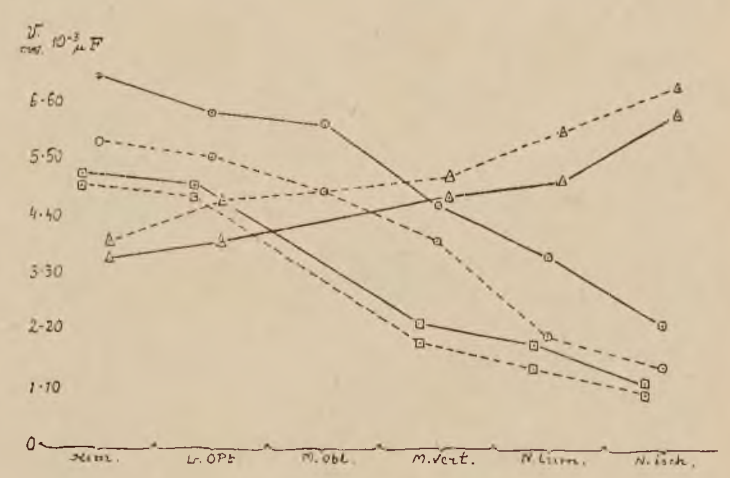
Strona lewa.

Przed przecięciem korzon. tylnych				Układ nerwowy	Po przecięciu korzonków tylnych			
Chron. w C_τ	Reobaza w V	mV	Wychylenie galw. w mm		Wychylenie galw. w mm	mV	Reobaza w V	Chron. w C_τ
47	3,6	5,5	5	*Hemispher.*	2	2,2	3,1	50
47	3,6	5,5	5	*Lobi optici*	2	2,2	3,2	52
43	1,8	5.5	5	*Med. vertebr.*	2	2,2	1,3	50
47	0,9	5,5	5	*N. lumbal.*	2	2,2	0,8	53
50	0,8	4,4	4	*N. ischiad.*	2,5	2,75	0,8	55



Ryc. 4.

○—○—○ *potencjały polaryzacyjne zmierzone galw. Wiedemanna przed przecięciem korzonków tylnych,*
○---○---○ *potencjały polaryzacyjne zmierzone galw. Wiedemanna po przecięciu korzonków tylnych,*
△—△—△ *chronaksje przed przecięciem korzonków tylnych,*
△---△---△ *chronaksje po przecięciu korzonków tylnych,*
□—□—□ *reobazy przed przecięciem korzonków tylnych,*
□---□---□ *reobazy po przecięciu korzonków tylnych.*



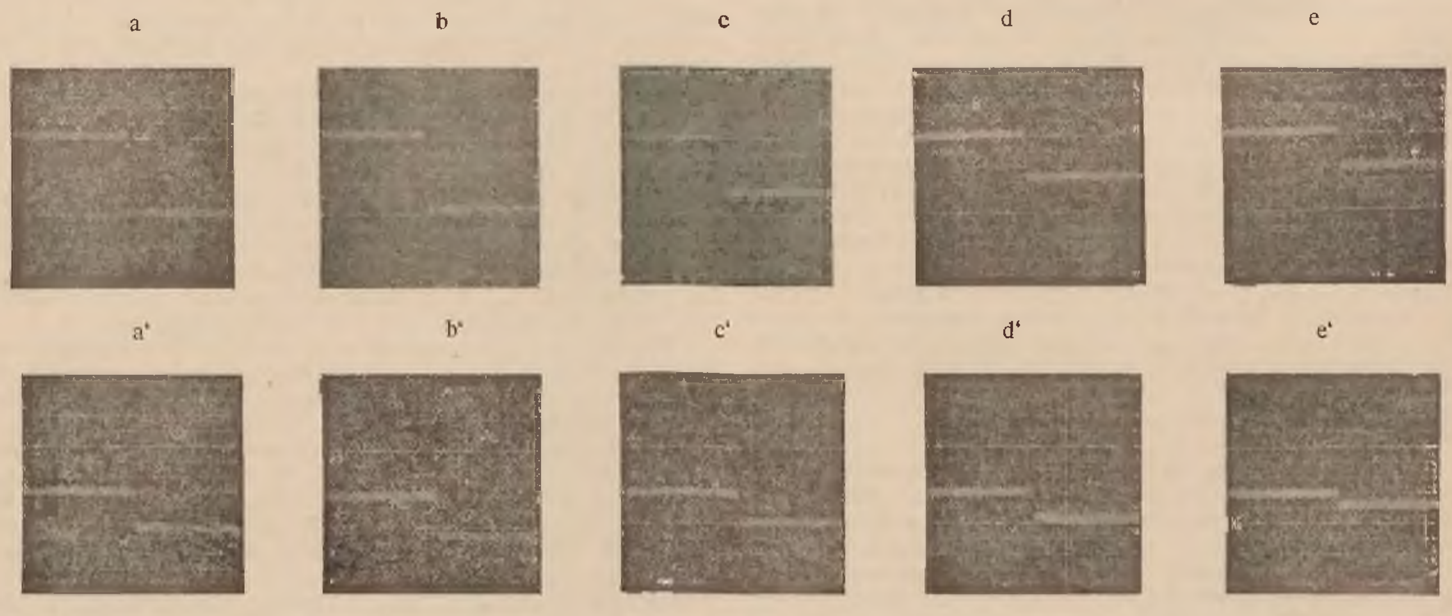
Ryc. 5.

○—○—○ *potencjały polaryzacyjne zmierzone galw. Einthowena przed przecięciem korzonków tylnych,*
△—△—△ *chronaksje przed przecięciem korzonków tylnych,*
□—□—□ *reobazy przed przecięciem korzonków tylnych,*
○---○---○ *potencjały polaryzacyjne zmierzone galw. Einthowena po przecięciu korzonków tylnych,*
△---△---△ *chronaksje po przecięciu korzonków tylnych,*
□---□---□ *reobazy po przecięciu korzonków tylnych.*

Jedno z tego typu przedstawia 18 doświadczenie. Widzimy na niem, że u żaby głęboko uśpionej eterem, wszystkie wartości potencjałów polaryzacyjnych układu nerwowego znajdują się na jednym poziomie odpowiadającym 5,5 mV. Jedynie nerw kulszowy posiada nieco niższy potencjał 4,4 mV. Wyrównanym potencjałom w zakresie układu nerwowego odpowiadają mniejwięcej równe wielkością oznaczenia chronaksji (47, 43, 47...). Jedynie reobazy przedstawiają malejące w kierunku do obwodu wartości, przyczem poważniejsza różnica zachodzi między płatami wzrokowemi a rdzeniem kręgowym. Przecięcie korzonków tylnych sprawia dalszy spadek stopnia spolaryzowania układu nerwowego, potencjały jednak znowu układają się wszystkie na tym samym poziomie (2,2 mV). Tak samo nieznacznie wzrastają wartości chronaksymetryczne, lecz różnic w ich wzajemnych wielkościach się nie stwierdza. Zmiana reobazy mało charakterystyczna.

utrzymuje się nadal. Widać to przejście na protokóle 23. doświadczenia.

Całość wyników pracy okazuje nam, że układ nerwowy jest w całości spolaryzowany dodatnio. Jest to cecha powszechnie występująca w przyrodzie i istotna dla każdej żywej komórki. Fizjologiczne dodatnie spolaryzowanie układu nerwowego jest największe w ośrodkowej części, i w obrębie niej największe na półkulach i śródmózgowiu, mniejsze w rdzeniu kręgowym, a jeszcze mniejsze w nerwach obwodowych. Ów stan fizykalnie pojęty jako anelektrotoniczny nosi wszelkie cechy fizjologicznego anelektrotonus. Stopniowi dodatniej polaryzacji odpowiadają stopnie wartości chronaksji i reobazy. Im stopień spolaryzowania danego obszaru nerwowego jest większy tem chronaksja jego jest krótsza a reobaza większa. I te właściwości są cechami stanu anelektrotonicznego, który jak się okazało występuje fizjologicznie w układzie nerwo-



Ryc. 6.

a b c d e potencjały polaryzacyjne półkul, płatów wzrokowych, rdzenia nerwów lędźwiowych, nerwu kulszowego.
a' b' c' d' e' po przecięciu korzonków tylnych.

W doświadczeniu powyższem i w innych tego typu o podobnych wynikach stwierdza się zatem zniwelowanie wartości potencjałów i chronaksji do jednakowych poziomów. Jedynie potencjał nerwu kulszowego bywał nieznacznie mniejszy, a chronaksja jego nieznacznie większa niż u pozostałych części badanych układu nerwowego. Tłumaczę to sobie tem, że eter atakuje przedewszystkiem ośrodki nerwowe a obwodowe nerwy w mniejszym stopniu. Fakt, że przecięcie korzonków czuciowych u uśpionego zwierzęcia zmniejsza potencjały poszczególnych części układu nerwowego, które układają się znowu na jednakowym poziomie, a wreszcie, że i chronaksje nieznacznie się podnoszą równocześnie, pozwala nam mniemać, że narkoza eterowa nie znosi w zupełności całokształtu subordynacji. Znosi ją dopiero całkowicie, następowe przecięcie korzonków czuciowych. Stąd wnosić należy, jak wielki jeszcze wpływ na zmieniony narkozą stan układu nerwowego mają płynące drogami dośrodkowemi podniety obszarów czuciowych.

23. Doświadczenie 1. V. 1936.

Żaba zakuraryzowana. Galwnometr Wiedemanna. 10 mV = 134 mm.

Strona lewa.

Przed przecięciem korzon. tylnych			Układ nerwowy	Po przecięciu korzonków tylnych		
mV	Ilość mm	Wychylenie galw. w mm		Wychylenie galw. w mm	Ilość mm	mV
4,88	66	251—317	*Hemispher.*	250—295	45	3,7
2,96	40	250—290	*Lobi optici*	250—285	35	2,3
2,66	36	249—285	*Med. vertebr.*	250—280	30	2,2
1,7	23	250—273	*N. ischiad.*	250—267	17	1,2

Doświadczenia na żabach zatrutych kurarą nie wykazały najmniejszej różnicy w zachowaniu się potencjałów polaryzacyjnych w porównaniu ze zwierzętami normalnemi. I przecięcie korzonków tylnych obniża stopień spolaryzowania układu nerwowego, a stopniowanie jego wartości w kierunku obwodowych nerwów

wym, w nasileniu największem w ośrodkach, a w stopniowo coraz to mniejszem w miarę, im dalej obwodowo leżą okolice systemu. Ten stan dodatniego spolaryzowania wyciska swe piętno na pobudliwości całego układu nerwowego. Znalezione krótkie wartości chronaksji w centrum a coraz to dłuższe na obwodzie nie zdziwią nas zupełnie, bo wiemy, że potencjały polaryzacyjne w tymże kierunku maleją. Ujawniona w ostatnich czasach pobudliwość subordynacyjna nerwu obwodowego znaidzie swe dalsze, doskonalsze wytłumaczenie. Wiedziano o niej dotychczas między innemi i to, że ośrodki *thalamus* (L. i M. L a p i c q u e) a także i rdzenia kręgowego (W. S. H o ł o b u t) grają w niej rolę nieodzowną. Obecnie, gdy wiemy, że najwyższe potencjały polaryzacyjne właśnie tam są umieszczone, znaczenie tych ośrodków tem lepiej docenimy, mając oparcie o realne podłoże fizykalne. A nadto, pobudliwość podporządkowana pojmowana dotychczas w stosunku do nerwu obwodowego, rozszerza się w zakresie swym i do środkowo położonych okolic systemu nerwowego. Pobudliwość subordynacyjna nerwu jest tylko jednym przypadkiem poszczególnym (dla nerwów obwodowych) ogólnie ujawnionej systemowej pobudliwości subordynacyjnej. Dzięki tej systemowej pobudliwości subordynacyjnej rosnącej ku ośrodkom, mamy do czynienia z heterochronizmem krańcowym i odcinkowym układu nerwowego. Przeglądając protokóły doświadczeń spostrzeżemy, że najwyższa i najniższa chronaksja, obwodowej i centralnej okolicy nie przekracza stosunku 1:3. Ów stosunek 1:3 znany jest nam oddawna dobrze jako krańcowa wartość heterochronizmu dopuszczalnego jeszcze do swobodnego przejścia podniety nerwowej. Pamiętajmy jednak, że heterochronizm ten w miarę jak zmniejszają się odległości między dwoma obszarami nerwowemi, staje się coraz to mniejszy, zaciera się niejako, a blisko siebie położone odcinki układu wykazują niekiedy prawie że równe, lub tylko nieznaczne przesunięcia w chronaksji (n. p. półkule i środomózgowie, nerw lędźwiowy i kulszowy). Tem mniej niema więc przeszkód w swobodnem przechodzeniu stanu czynnego.

Rola podniet czuciowych w zjawiskach subordynacyjnych jest nieposlednia. Z chwilą ich wyłączenia spadają subordynacyjne

wartości pobudliwości nerwu o pewien stopień niżej (W. S. Hołobut l. c.). I obecnie, w ramy szersze ujęta pobudliwość subordynacyjna, jak to widzieliśmy zmniejsza się w obrębie wszystkich części układu nerwowego po przecięciu dróg dośrodkowych. Potencjały polaryzacyjne równocześnie o pewien stopień spadają. W warunkach więc normalnych promieniujące dośrodkowe podniety świata zewnętrznego wspomagają wydatnie zjawiska subordynacyjne, a same przez się są w części ich źródłem przyczynowem. Godne uwagi stosunki zachodzą w czasie głębokiego snu wywołanego narkozą eterową. Narkotyk wiążąc się z tkanką nerwową, osobliwie w zakresie ośrodkowego układu, powoduje zniwelowanie różnic w potencjałach polaryzacyjnych między poszczególnemi obszarami. Występuje jeszcze na obwodzie nieduża różnica w stopniach polaryzacji, który świadczy o tem, że całokształt zjawisk subordynacyjnych nie został całkowicie jeszcze zniesiony. Doświadczenia z przecinaniem korzonków tylnych dowodzą, że sporo jeszcze podniet czuciowych skutecznie oddziaływa na układ nerwowy, utrzymując pewien nieduży wprawdzie stopień polaryzacji subordynacyjnej, mimo głębokiej narkozy zwierzęcia. Układanie się u żaby uśpionej potencjałów polaryzacyjnych na jednym poziomie, na skutek zatarcia się różnic jakie występują w poszczególnych obszarach układu nerwowego u zwierzęcia normalnego nasuwa porównanie stosunków elektrostatycznych układu nerwowego do stosunków zachodzących w stosie lub licznej baterji akumulatorów. Wydaje się jakoby sąsiadujące z sobą części układu nerwowego przedstawiające się jako ładunki elektryczne dwukierunkowe, były wstanie fizjologicznym połączone wzajemnie rzędowo, i stąd owe różnice potencjałów rosnące z oddaleniem. Natomiast w głębokim śnie narkotycznym naboje te łączyłyby się ze sobą szeregowo, co wytwarza obserwowane podówczas ujednostajnienie wszystkich potencjałów polaryzacyjnych.

S t r e s z c z e n i e.

Badania polegały na pomiarach prądów polaryzacyjnych odprowadzanych z różnych okolic układu nerwowego, oraz na mierzeniu pobudliwości chronaksymetrycznej tych części systemu nerwowego. Okazało się, że najkrótsze chronaksje posiada mózgowie (półkule, wzgórki bliźniacze), niżej zaś położone okolice jak rdzeń kręgowy, nerwy lędźwiowe i nerw kulszowy mają chronaksje coraz to dłuższe. Równocześnie z takiem stopniowaniem wartości chronaksymetrycznych zachodzi analogiczne stopniowanie wartości reobazy, tylko, że w kierunku odwrotnym. Największą reobazę znajdujemy w mózgowiu, najmniejszą zaś w nerwie kulszowym. Biorąc pod uwagę, że krótka chronaksja i duża reobaza charakteryzują stan anelektrotoniczny, możnaby mniemać, że w warunkach fizjologicznych stan tego rodzaju zachodzi w układzie nerwowym, a napięcie jego największe w ośrodkowej części maleje coraz to bardziej ku obwodowi. I rzeczywiście. pomiary prądów polaryzacyjnych wykazały wyższe potencjały polaryzacyjne okolic układu nerwowego centralnie położonych. stopniowo coraz to mniejsze zaś w okolicach obwodowych (rdzeń, nerwy obwod.).

Piśmiennictwo:

A. Beck: 1901. Zjawiska elektr. w rdzeniu pacierz. Rozpr. Wydz. Mat.-przyr. Pols. Ak. UM. — A. Beck: 1911. Über d. Verlauf d. Aktionsströme in dem Zentrnst. Bull. Acad. Pol. Scienc. Lettr. Cl. Natur. — Bishop G. H. i Erlanger I. E.: 1926. Amer. Journ. of. Physiol. 78. (630). — Cardot H. i Laugier H.: 1914. C. R. Soc. Biol. 76. (249). — W. S. Hołobut. 1935. Uber d. Einfl. d. galv. Strom. auf d. nerv. Subordinationseffekte. Bull. Acad. Pol. Sc. Lettr. Cl. Med. (1). — W. S. Hołobut. 1935. Unters. über d. Mech. d. nerv. Subord. I. Bull. Acad. Pol. Sc. Lettr. Cl. Med. (379). — B. Szabuniewicz: 1931. O dod. spolaryzowaniu mięśnia. Rozpr. Pols. Ak. Um. Wydz. lek. 1. (121).

Józef CHODOWICKI. Lwów.

Diureza po doodbytnicowem stosowaniu „Novuritu".

II Klinika Chorób Wewnętrznych U. J. K. we Lwowie.
Dyrektor: Prof. dr. Roman Rencki.

Działanie moczopędne rtęci początkowo niejasne, tłumaczył Jendrassik w r. 1886 tem, że rtęć jako ciało hygroskopijne, krążąc we krwi, wiąże wodę, czego następstwem jest hydremja i wzmożenie diurezy. W rok później Rosenheim wygłasza pogląd, że punktem zaczepienia działania rtęci jest sama obrzękła tkanka. Rtęć powoduje mianowicie jej kurczenie, przez to hydremję i w jej następstwie wzmożenie diurezy. Dzisiejsze zapatrywania skłaniają się do poglądów Rosenheima. Za siłę, wypędzającą wodę z tkanek, uważamy odpęcznienie i odwodnienie koloidów tkankowych i osocza krwi z równoczesnem działaniem limfopędnem.

Od roku 1917 stosuje się w celach moczopędnych jedynie organiczne połączenia rtęci, których toksyczność dla organizmów jest minimalna. Do tych połączeń należy: *Novasurol* (sól sodowo-rtęciowa kw. chlor-fenyl-oksyoctowego z kw. dwuetylbarbiturowym), *Salyrgan* (połączenie złożone rtęci z salicylallylamidooctanem), *Neptal* (złożony związek wodorotlenku rtęci i kw. salicylallylamidooctowego w roztworze chlorku amonowego), *Novurit* (połączenie złożone octanu rtęci z solą sodową kw. trójmetylcyklopentankarbonowego i allyiaminometoksykarbonowego, wraz z dodatkiem teofiliny i *Dehydryt* (10% rozczyn wodny soli sodowej oksyrtęciometoksypropylamidu kw. trójmetylocyklopentanokarbonowego + 5% rozczyn 1,3 dwumetyloksantyny).

Na specjalną uwagę zasługuje z powyższych środków *Novurit*, jako zawierający prócz rtęci teofylinę, mamy więc tutaj do czynienia z synergizującem działaniem diurezy tkankowej z diurezą nerkową.

Wyżej wymienione środki są stosowane drogą zastrzyków domięśniowych i wespół z glukozą dożylnych. Bolesność injekcyj domięśniowych i trudne ich wchłanianie w obrzękłej tkance — spowodowało ich podawanie raczej drogę dożylną. Ta droga stosowania niezawsze jest jednak możliwa, tak ze względu na obawę wstrząsu przy silnem uszkodzeniu mięśnia sercowego, jakoteż nieraz ze względów technicznych, przy niewidocznych i bardzo cienkich naczyniach żylnych. Wreszcie, przy dłuższem stosowaniu preparatów rtęciowych dożylnie, przychodzi często do obliteracji naczyń, uniemożliwiających dalsze wstrzykiwanie.

Wielkim krokiem naprzód w uogólnieniu stosowania preparatów rtęciowych jest zapoczątkowanie podawania ich przez odbytnicę, w postaci czopków, wypuszczonych ostatnio przez firmę „Chinoin" na Węgrzech.

Czopki „Novurit", które stosowaliśmy na Klinice Chorób Wewnętrznych U. J. K., zawierają 0,5 *Novuritu*, oraz 0,2 teofyliny w masie kakaowej. Wskazania do stosowania czopków są takie same jak do podawania *Novuritu* drogą dożylną czy też domięśniową. A więc: obrzęki, pochodzenia sercowego, wątrobowego, obrzęki płuc i mózgu, wysięki i przesięki w jamach ciała *(hydrothorax, pericarditis, pleuritis, peritonitis, polyserositis)*, obrzęki kachektyczne, nerkowe oraz otyłość. Przeciwwskazaniem są: ostre i przewlekłe zapalenie kłębuszkowe nerek oraz przebiegające z biegunką schorzenia jelit. Czopki stosuje się w godzinach rannych, po uprzedniem wypróżnieniu chorego, w odstępach czterodniowych.

Obserwacje nasze dotyczą 25 przypadków schorzeń następujących:

obrzęki pochodzenia sercowego *(decompensatio)*	18
obrzęki kachektyczne	3
obrzęki pochodzenia wątrobowego	1
stany zapalne jam surowiczych	3

Diureza występowała zwyczajnie w dwie godziny po przyjęciu czopka, a największe nasilenie osiągała w dwóch pierwszych godzinach po rozpoczęciu. Substancje czynne w powstawaniu diurezy resorbowały się szybko, gdyż po oddaniu stolca przez chorych w pół godziny po przyjęciu czopka, już następowało duże, pod względem ilościowym oddawanie moczu. Obserwacja powyższa jest zgodna ze spostrzeżeniem Kleina ze Szpitala św. Stefana w Budapeszcie.

W jednym przypadku jedynie nie przyszło do zwiększenia diurezy, a mianowicie w przypadku ciężkiego uszkodzenia mięśnia sercowego, który w dwa dni później skończył się zejściem śmiertelnem. U wszystkich innych chorych przychodziło do zwiększenia moczenia w ilości od 1000—6000 cm³. Średnie wahania wynosiły od 2.500—3.500 cm³. Przy zakwaszeniu 10 g *ammonium chloratum* działanie moczopędne czpoków było znacznie wydatniejsze. Najlepszy efekt otrzymaliśmy w przypadku obrzęku wątrobowego, oraz w przypadkch nieskompensowanych schorzeń serca, a więc tam, gdzie mieliśmy do czynienia z wybitnem zaburzeniem w gospodarce wodnej ustroju. Nieznacznie zwiększała się diureza u chorych z wysiękami w jamach surowiczych.

Dla lepszego uwidocznienia pozwolę sobie omówić kilka przypadków.

Chora F. J., lat 54. *Hepatitis gravis, icterus, myocarditis, ascites*, obrzęki kończyn dolnych, choruje od czterech miesięcy. Obrzęki niewątpliwie pochodzenia wątrobowego, wybitna gotowość obrzękowa. Od drugiego miesiąca pobytu na Klinice czopki *Novurit* w odstępach 4-dniowych w ogólnej ilości 6. Diureza przed czopkami 500—900 cm³, po czopkach 5,400, 5,200, 5,000, 6,000, 6000, 5,500 cm³. Ubytek na wadze 7 kg, polepszenie stanu podmiotowego.

Chory M. Z. lat 40. *Endomyocarditis chronica s. f. insuff. valv. mitralis et stenosis ostii venosi sinistri. Decompensatio. Hepar venostaticum.* Dolegliwości od roku, uskarża się na duszność wysiłkową, silny kaszel i bóle w prawem podżebrzu. Wątroba do pępka, *ascites,* brak obrzęku kończyn dolnych. Od drugiego dnia pobytu na Klinice czopki *Novurit* w odstępach czterodniowych, ogółem 5 czopków (2 ostatnie czopki po zakwaszeniu 10 g *ammon, chlorat.).* Diureza początkowa od 300—600 cm³, diureza następowa 2.300, 2.600, 3.650, 4.900, 4.800 cm³. Utrata wagi 6 kg. Wątroba do łuku, brak *ascites,* wybitna poprawa stanu subjektywnego. (Prócz czopków *Novurit* brał chory *Digitol* „Spiess" w małych dawkach).

Chory T. L. lat 38, *Polyserositis tbc. (Pleuritis exsudat. sin. Peritonitis).* Choruje od dwóch miesięcy. Od czwartego dnia pobytu czopki *Novurit* w odstępach 4-dniowych. W ogólnej ilości 3. Diureza początkowa 500—800, diureza następowa 1500, 2700, 3000 cm³. (Dwie ostatnie diurezy po zakwaszeniu 10 g *ammon. chloratum).* Ubytek na wadze 3,200 kg, zmniejszenie obwodu brzucha z 81 na 75 cm.

Polepszenie stanu subjektywnego.

Podnieść należy nadzwyczaj dobre samopoczucie chorych, nawet po obfitej diurezie oraz brak ubocznych objawów krążeniowych w okresie pracy diuretycznej.

Objawów ubocznych nigdzie nie stwierdziliśmy, skrupulatne badanie moczu przed i po podaniu czopka zmian chorobowych nie wykazało. Nigdzie nie zaobserwowaliśmy zmian na błonach śluzowych dziąseł, jakoteż żadnych objawów ze strony przewodu pokarmowego.

U 3 naszych chorych znajdowały się guzki krwawnicowe wewnętrzne, u 1 wewnętrzne i zewnętrzne. Chorzy powyżsi, prócz nieznacznego pieczenia w odbytnicy po przyjęciu czopka, żadnych poważniejszych dolegliwości nie odczuwali.

Tak świetne poprzednio poczynione doświadczenia kliniczne nad działaniem moczopędnem *Novuritu* podanym drogą domięśniową i dożylną oraz wszystkie powyższe dane, każą przypuszczać, że czopki *Novurit* znajdą szerokie zastosowanie, szczególnie w praktyce ambulatoryjnej, w leczeniu niewyrównanych schorzeń serca, specjalnie wespół z lekami naparstnicowemi.

Nakoniec należy podkreślić, że i tą drogą podawanie środków rtęciowych, o ile ma dać dobry wynik leczniczy, a nie narazić chorych na objawy uboczne, winno być pod ścisłą kontrolą lekarską.

Piśmiennictwo:

G o l c z y ń s k i: Nowiny Lekarskie. 1935. nr. 13. — K i c i ń s k i: Pols. Gaz. Lek. 1933, nr. 14. — T y s z k a: Polska Gaz. Lek. 1927, nr. 20. — U n g a r: Pol. Gaz. Lek. 1933, nr. 24.

Dr. Stefan ERMICH, Asystent Oddziału. Lwów.

W sprawie kamicy moczowej u dzieci.

Z Oddziału Chirurgicz. dzieci Państw. Szpitala Pow. we Lwowie.
Ordynator: Doc. Dr. Władysław D o b r z a n i e c k i.

Powstawanie kamicy moczowej u dzieci, zależne bywa wogóle od tych samych czynników, co u osób dorosłych. Istnieją jednak pewne odchylenia i różnice w obrazie klinicznym i w przebiegu tego schorzenia właściwe dla wieku dziecięcego.

Pojawianie się kamieni moczowych u dzieci wykazuje w większej mierze, niż u dorosłych wahania regjonalne. W pewnych miejscowościach spotyka się je dość często, w innych natomiast prawie nigdy. N o e g g e r a t h i E c k s t e i n z Freiburga podają, że w swojej długoletniej praktyce dziecięcej nie spotkali się ani z jednym przypadkiem kamicy moczowej. Owe zagadkowe stosunki endemiczne porównał nawet M o n t i do endemji wola. Podniósł on, że kamica moczowa u dzieci jest w Niemczech wogóle niezbyt częsta i wykazał dwa większe ogniska jej skupienia w Turyngji. Na Węgrzech spotyka się ją u dzieci według B o k a y'a najczęściej w okolicach nad Dunajem i Cisą, w Rosji głównie nad Wołgą. W krajach Skandynawskich pojawia się ona u dzieci, jak zresztą i u dorosłych, bardzo rzadko, we Włoszech jest znów stosunkowo bardzo częsta, gdyż dzieci stanowią tam według C i v i a l e'go 45% ogółu przypadków kamicy moczowej.

O rozmieszczeniu kamicy w Polsce brak dotychczas pewniejszych danych statystycznych a niemal zupełny brak co do dzieci. W każdym razie jest ona u nas niezbyt rzadka a rozmieszczenie jej jest najprawdopodobniej mniejwięcej równomierne (P i s a r s k i). Niewiele przypadków kamicy moczowej u dzieci przedostało się dotychczas do naszej literatury (K a c z k o w s k i, P i s a r s k i).

Przypuszcza się ogólnie, że owo zagadkowe endemiczne występowanie kamicy moczowej posiada najprawdopodobniej łączność z twardością wody w tych okolicach. Kamica pojawia się natomiast bardzo rzadko w miejscowościach obfitujących w źródła solankowe i szczawy, jak n. p. w całym pasie podkarpackim (K a c z k o w s k i).

Do czynników ogólnych, mogących mieć wpływ na powstawanie kamicy moczowej u dzieci, należy dalej usposobienie wrodzone, rasa, sposób odżywiania się oraz tryb życia, jak n. p. długotrwałe leżenie w przypadkach gruźlicy stawu biodrowego (N u z z i). Bardzo ważne są też warunki miejscowe, powodujące zastój moczu, jak zwężenia i uchyłki pochodzenia zapalnego czy też wrodzonego. Czynnikiem zaś bezpośrednim będzie powstanie jądra dla kamienia. Mogą niem być złuszczone nabłonki, ciała obce, skrzepy krwi, wysięk śluzowy, włóknik, bakterje — a więc przedewszystkiem materjał wytworzony pod wpływem zakażenia dróg moczowych. U niemowląt kamienie powstawać mają na tle wrodzonych zawałów moczanowych w nerkach.

Co do częstości występowania kamicy moczowej u dzieci w stosunku do wieku, to na dużym materjale B o k a y'a najbardziej usposobione są dzieci między 3—7 r. życia, najmłodsze dziecko miało $2^1/_2$ miesiąca. C o l l i n s natomiast znalazł na 107 przypadków 98 poniżej 2 lat.

Najczęściej dotyczy kamica chłopców. Według N e u p a u e r a i B o k a y'a na dziewczęta przypada zaledwie kilka procent. B o k a y wini o to stulejkę, jako czynnik utrudniający oddawanie moczu. Istotnie też spotykał on kamicę u chłopców z obciętym napletkiem rzadziej nawet niż u dziewcząt.

Znaczne różnice wykazuje umiejscowienie się kamieni w poszczególnych odcinkach dróg moczowych u dzieci i dorosłych. W olbrzymim materjale dziecięcym B o k a y'a, obejmującym 1836 przyp. kamicy moczowej najczęstsze były kamienie pęcherzowe (1379 przyp.) dalej cewki moczowej (508 przyp.), wreszcie nerkowe (9 przyp.). Kamienie nerkowe są więc nawet na tak olbrzymim materjale bardzo rzadkie. Jeszcze rzadsze są kamienie moczowodowe, jakkolwiek opisało je wielu autorów (G u i l i a n i, T h o m a s i T a n n e r). Przyczyną tego jest wybitna szerokość moczowodu dziecięcego w stosunku do miedniczki nerkowej. Kamienie przepychają się więc przez moczowód u dziecka bardzo łatwo, a ponieważ proces ten odbywa się najczęściej bezobjawowo, nic więc dziwnego, że przypadki te wymykają się niejako z pod obserwacji lekarskiej. Najczęściej spotyka się więc u dzieci kamienie w pęcherzu, bo około 60—70% (B o k a y, M o r g e n s t e r n, N u z z i). Skolei najczęstszą jest kamica cewki, bo około 30% (B o k a y). Wprawdzie u dzieci brak wzniesienia wywołanego przez gruczoł krokowy umożliwia przedostawanie się z łatwością piasku moczowego z pęcherza do cewki, to jednak bezwzględnie spotyka się kamicę cewki częściej u dorosłych, co uwarunkowane bywa przez tak częstą u dorosłych kamicę nerkową oraz nabyte zwężenia cewki. U dzieci stulejka powoduje znów często zatrzymywanie się kamieni tuż u ujścia zewnętrznego cewki. Nie spotkałem w literaturze opisu przypadku kamienia w cewce żeńskiej u dziecka.

Zarówno kamienie spotykane w pęcherzu jak i w cewce moczowej u dzieci są w przeważnej mierze kamieniami wędrownemi t. j. pochodzącemi z wyższych odcinków dróg moczowych. Kamienie osiadłe a więc powstałe na miejscu są rzadkie (H o l t i M a c - I n t o s h), a powstają u dzieci najczęściej tuż u ujścia cewki przy stulejce, w uchyłkach wrodzonych pęcherza i cewki, rzadziej wskutek zwężeń wrodzonych lub pozapalnych cewki. T r a c z y k podnosi, że nie spotkano ich dotychczas w cewce prawidłowej. Wogóle jednak nie zawsze udaje się ustalić pochodzenie tych kamieni, nie ma to zresztą większego znaczenia praktycznego.

Co do składników mineralnych i budowy kamieni moczowych u dzieci to nie wykazano żadnych większych różnic pomiędzy dziećmi a dorosłymi.

Wielkość ich może być rozmaita. Kamienie większych rozmiarów spotyka się u dzieci bardzo rzadko, przedewszystkiem zaś w pęcherzu, rzadziej w cewce moczowej. Załączone ryciny przedstawiają dwa niezwykle duże kamienie wydobyte operacyjnie u dzieci na naszym Oddziele, pierwszy z pęcherza moczowego, drugi z cewki.

Historje chorób tych przypadków pozwolą też zilustrować obraz kliniczny, przebieg chorobowy i postępowanie lecznicze w przypadkach kamicy dróg moczowych u dzieci.

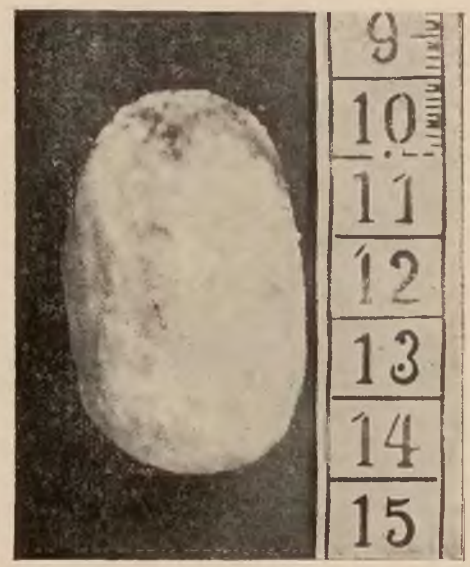
Przyp. I. Przypadek ten dotyczył chłopca 8 l., z Wołynia, przyjętego na Oddział w maju b. r. Rodzice podali, że dolegliwości dziecka zaczęły się przed około 10 miesiącami, początkowo częstem oddawaniem moczu połączonem z uczuciem bolesnego pieczenia nad spojeniem łonowem i w cewce. Przed około 6 mies. wystąpiło bezwiedne oddawanie moczu, początkowo tylko w nocy

a od około 4 mies. stałe. Od pół roku miewał chory okresowe wypadanie kiszki stolcowej. Przed 3 mies. wykonano mu w Szpitalu w Łucku z tego powodu operację sposobem Thierscha.

Podczas badania stwierdzono, że chory oddaje mocz bez przerwy kroplami, ma tkliwość brzucha nad spojeniem łonowem, a badaniem przez odbytnicę wyczuwało się przez jej przednią ścianę macalny w pęcherzu twardy, dość tkliwy opór wielkości jaja kurzego. Zdjęcie rentgenowskie miednicy wykazało, że w przypadku tym mamy do czynienia z kamieniem tej wielkości w pęcherzu moczowym. Zdjęcie przeglądowe całego narządu moczowego nie wykazało już ponadto żadnych cieni kamieni w innych odcinkach dróg moczowych.

Kamień usunięto drogą cięcia nadłonowego w uśpieniu eterowem (operował Ordynator Doc. Dr. Wł. D o b r z a n i e c k i).

Wydobyty kamień (ryc. 1) był wielkości jaja kurzego o powierzchni chropowatej, barwy niebieskawej od podawanego choremu błękitu metylenowego, a na zdjęciu rentgenowskiem wykazywał budowę współśrodkowo ułożonych warstw około wyraźnie odcinającego się jądra. Warstwa powierzchowna kamienia składała się z fosforanu wapnia.



Ryc. 1. Kamień wydobyty z pęcherza moczowego u 8-letniego chłopca.

Przyp. II. Przypadek ten dotyczył chłopca 9 l., z Pokucia, który zgłosił się do naszego ambulatorjum w maju b. r. spowodu trwającego od 3 dni znacznego stopnia utrudnienia w oddawaniu moczu oraz obrzęku i silnej bolesności prącia. Przed 3 laty miał chory podobne dolegliwości i wówczas lekarz miejscowy usunął mu przez ujście zewnętrzne cewki kamień wielkości małej fasoli. Po tym zabiegu wystąpił u dziecka silny obrzęk prącia i zupełne zatrzymanie moczu. Chorego odwieziono wówczas do szpitala w Kołomyji i tam wykonano mu cięcie nadłonowe. Przed rokiem zwrócił chory rodzicom uwagę na twarde zgrubienie w cewce moczowej, przypuszczając, że jest to nowy kamień. Zgrubienie to stale się powiększało, nie sprawiając jednak choremu większych dolegliwości. Dopiero od miesiąca wystąpiło zwolna zwiększające się utrudnienie w oddawaniu moczu. Bólów brzucha zwłaszcza o charakterze kolki nigdy nie miał.

W czasie badania stwierdzono u chorego zaczerwienienie i znaczny obrzęk całego prącia a w kącie prąciowo-moczowym ropień wielkości orzecha włoskiego. Mocz oddawał chory jedynie kroplami pod wpływem silnego parcia. Prącie przy obmacywaniu b. bolesne, wyczuwało się w nim obecność twardego ciała, o kształcie podłużnym, sięgającego od nasady prącia aż do żołędzi. Tuż nad spojeniem łonowem stwierdzono starą bliznę po cięciu nadłonowem. Pęcherz sięgał na 3 palce ponad spojenie łonowe.

Rozpoznano zatem obecność w części jamistej cewki moczowej ciała obcego, najprawdopodobniej kamienia, który uszkodził ścianę cewki i wywołał w następstwie zaciek moczowy. Zdjęcie rentgenowskie potwierdziło rozpoznanie.

Celem usunięcia ciała obcego wykonano uretrotomję zewnętrzną w uśpieniu eterowem. Nacięto wpierw opisany ropień i wówczas stwierdzono na tylnej ścianie cewki mały ubytek, który rozszerzono i wydobyto nazewnątrz duży kamień moczowy. Następnie przepłukano cewkę moczową, przyczem wypłynęło jeszcze kilka drobnych ziarenek piasku moczowego. Naciętą ścianę cewki zeszyto na cewniku gumowym, który umocowano następnie na stałe.

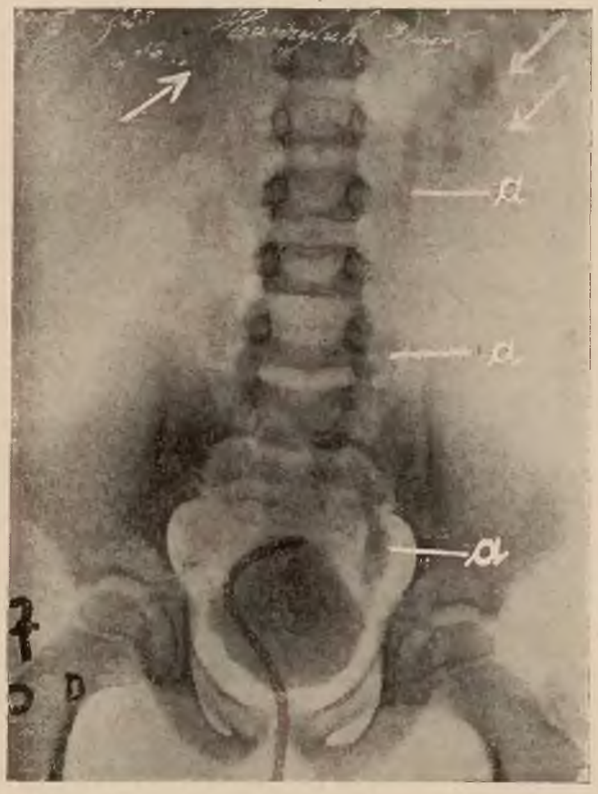
Wydobyty kamień (ryc. 2) miał kształt rogalkowaty, był wielkości dużego daktyla, barwy brudno żółtawej, o powierzchni gładkiej. Na zdjęciu rentgenowskiem tegoż kamienia widoczne było ostro odcinające się jądro, wokół którego nawarstwiał się osad moczowy. Kamień ten pod względem chemicznym składał się przeważnie z fosforanu wapnia z małą domieszką fosforanu amonowo-magnezowego.



Ryc. 2. Kamień wydobyty z cewki moczowej u 9-letniego chłopca.

Przebieg gojenia się rany pooperacyjnej prawidłowy.

Celem dokładnego przebadania chorego wykonano jeszcze przeglądowe zdjęcie całego narządu moczowego oraz urografję dożylną. Jako środka kontrastowego użyto 20 cm^3 40% *Tenebrylu* wprowadzonego dożylnie.



Ryc. 3. Urografja dożylna w przyp. kamienia cewki moczowej. Zdjęcie rentgen. wykonano w 30 min. po wstrzyknięciu Tenebrylu. Strzałki wskazują kamienie moczowe w kieliszkach, a, a, a, rozszerzenia moczowodu lewego.

Stwierdzono też istotnie drobne kamyki w kieliszkach obu nerek a prócz tego rozszerzenie moczowodu lewego tuż u ujścia jego z miedniczki, na wysokości V kręgu lędźwiowego oraz największe w jego części nadpęcherzowej (ryc. 3). Rozszerzenia te należy uważać jako wyraz pewnego rodzaju atonji mięśniówki moczowodu najprawdopodobniej wskutek wtórnego zakażenia dróg moczowych.

Na powyższych przykładach widać, że kamica moczowa u dzieci nie różni się zbytnio w przebiegu klinicznym od kamicy u dorosłych. Dość charakterystyczna jest często mała bolesność towarzysząca temu schorzeniu u dzieci. Kamienie nerkowe, miedniczkowe i moczowodowe nie powodują często żadnych dolegliwości, ich przechodzenie przez moczowód odbywa się, jak już wspomniałem, nieraz nawet bezobjawowo, w każdym razie kliniczny przebieg kolki nerkowej u dzieci jest wogóle rzadko tak burzliwy jak u dorosłych (Thomas i Tanner). W naszych dwóch przypadkach nie zdołano też stwierdzić w wywiadach żadnych objawów kolki nerkowej, a wykazane w drugim przypadku kamienie w kieliszkach nie wywoływały u chorego żadnych dolegliwości. Natomiast obraz kliniczny kamicy pęcherza i cewki moczowej u dzieci odpowiada poniekąd obrazowi u dorosłych. Jako objaw wczesny i dość charakterystyczny dla dzieci należy podnieść moczenie nocne a przy większych kamieniach stałą niemożność utrzymania moczu. W pewnych przypadkach niemożność utrzymania moczu występuje tylko w dzień (Holt i Mac-Intosh). Jako następstwo zwiększonego parcia pojawia się bolesny skurcz zwieracza odbytu oraz bardzo często wypadnięcie kiszki stolcowej.

Ustalenie rozpoznania natrafia u dzieci przeważnie na większe trudności niż u dorosłych. Wywiady bywają czasem dość skąpe, dzieci skarżą się rzadko na większe dolegliwości i dlatego przypadki te dostają się do rąk lekarza najczęściej dopiero z chwilą wystąpienia cięższych i zwykle już późnych objawów. Z tych też względów wskazane jest dokładne przebadanie każdego nawet nieznacznie podejrzanego w tym kierunku przypadku. Już samo przeglądowe zdjęcie rentgenowskie pozwoli niejednokrotnie ustalić rozpoznanie. Nie wszystkie zaś inne badania pomocnicze, stosowane z powodzeniem w przypadkach kamicy u dorosłych, dadzą się wykonać ze względów technicznych zwłaszcza u małych dzieci. Dotyczy to szczególnie cystoskopji i urografji wstępującej. Zato ze wszechmiar zasługuje na polecenie urografja dożylna, nienapotykająca u dzieci na żadne większe trudności techniczne i dlatego mająca szczególne zastosowanie w praktyce dziecięcej zwłaszcza wobec trudności w wykonaniu urografji wstępującej. Na naszym Oddziale wykonuje się urografję dożylną we wszystkich przypadkach podejrzanych o zmiany w narządzie moczowym. Używamy ostatnio ku zupełnemu naszemu zadowoleniu preparatu francuskiego *„Tenebryl"*. Możemy go śmiało polecić, gdyż dzieci znoszą go znakomicie. Starszym dzieciom podajemy pełną dawkę dla dorosłych t. j. 20 cm³, dzieciom kilkoletnim dawkę o połowę mniejszą. Niemowlętom wstrzykujemy przez otwarte ciemiączko 5 cm³ do zatoki strzałkowej górnej. Nie stwierdziliśmy nigdy żadnych objawów ubocznych, a obrazy rentgenowskie są bardzo wyraźnie. Urografja dożylna daje właściwie dopiero pojęcie o całokształcie obrazu chorobowego w przypadku kamicy moczowej, gdyż oprócz stwierdzenia obecności kamieni oraz zmian anatomicznych w drogach moczowych pozwala wykazać także zaburzenia czynnościowe narządu moczowego. A bywa on często w tych przypadkach dotknięty ciężkiemi zmianami, nawet mimo braku wyraźniejszych objawów klinicznych. I tak n. p. w naszym przypadku kamicy cewki moczowej urografja dożylna wykazała mimo braku objawów klinicznych zmiany w całym narządzie moczowym, a mianowicie obustronną kamicę nerkową oraz rozszerzenie moczowodu lewego, jako wyraz atonji wywołanej najprawdopodobniej wtórnem zakażeniem dróg moczowych. Ustalenie stopnia uszkodzenia narządu moczowego na podstawie urografji dożylnej pozwoli dopiero należycie ocenić ciężkość przypadku oraz ułatwić rokowanie i leczenie.

Postępowanie lecznicze w przypadkach kamicy moczowej u dzieci jest w zasadzie to samo, co u dorosłych. W przypadkach kamieni w miedniczce i moczowodzie istnieje u dzieci wyjątkowo wskazanie do wkroczenia chirurgicznego. Natomiast kamienie pęcherza zwłaszcza większych rozmiarów i u małych dzieci usunąć się dadzą jedynie drogą cięcia nadłonowego.

Rokowanie zależeć będzie zawsze od okoliczności, czy po usunięciu kamienia uda się też usunąć warunki miejscowe i czynniki ogólne, sprzyjające powstawaniu kamieni w drogach moczowych.

Piśmiennictwo:

Bokay: Zeitschr. f. Kinderh. 1912. — Campbell: Journ. Am. Ass. 1930. — Collins: Am. J. Dis. Child. 1913. — Dressler: Zeitschr. f. Urolog. 1933. — Guiliani: Journ. d'Urolog. 1920. — Holt i Mac-Intosh: Holt-Howland: Choroby niemowląt i dzieci. 1934. — Kaczkowski: O kamieniach pęcherzowych. 1899. — Krzykowski: Przegl. Lek. 1877. str. 439. — Morgenstern: Zeitschr. f. Kinderh. 1919. — Noeggerath i Eckstein: Pfaundler-Schlossmann: Handb. d. Kinderheilkunde 1924. — Nuzzi: Zentr. f. d. ges. Kinderheilk. 1923. — Pisarski: Kamienie moczowe, ich budowa i mechanizm powstawania. Nakładem Akad. Umiej. Kraków. 1925. — Schade: Münch. Med. Woch. 1911. — Thomas i Tanner: Minnesota Med. 1922. — Traczyk: Journ. d'Urolog. 1936.

BIBLJOGRAFIA.

Artykuły oryginalne w czasopismach. Piśmiennictwo polskie.

Medycyna. Nr. 16. 1936. Germer Kl.: Leczenie zachowawcze wrzodów trawiennych żołądka i dwunastnicy. — Wyszogrodzki M.: Samozniszczenie i samooddzielenie zapalne wyrostka robaczkowego. — Stein J.: W sprawie raków heterologicznych kolczystokomórkowych i mieszanych woreczka żółciowego (dok.).

Nowiny Lekarskie. Z. 16. 1936. Szmurło J.: Ciechocinek wobec dzisiejszych postępów w rozwoju zdrojownictwa. — Iwanowski W.: Źródła i baseny solankowe w Ciechocinku. — Małecki J.: O własnościach antyonkotycznych solanki ciechocińskiej. — Jaffe Z.: Spostrzeżenia nad stosowaniem nasennego środka „irenal". — Stojałowski K. i Burda A.: O kostnieniu chrząstek oskrzeli w przebiegu dychawicy oskrzelowej.

Wiadomości Farmaceutyczne. Nr. 34. 1936.

Gastrologja Polska. T. V. Nr. 4. 1936. Meller N.: O autopepsynoterapji. — Niewiadomski Fr.: Nowsze poglądy na wskazania do leczenia chirurgicznego schorzeń dróg żółciowych.

Wiedza Lekarska. Z. VIII. 1936. Reicher E.: Zaburzenia krążenia u młodzieży. — Mierosławski St.: Nadciśnienie tętnicze u młodzieży szkolnej. — Urlik M.: O budowie ciała i wskaźnikach budowy.

OCENY.

Tendances de la médecine contemporaine. La médecine a la croisée des chemins. (Tendencje współczesnej medycyny. Medycyna na rozstajnych drogach). P. DELORE. Masson et Cie, Paryż, 1936.

Książka ta jest, po znakomitem dziele Carrela *(L'homme cet Inconnu)* i po licznych publikacjach francuskich (Nicolle, Desfosses i i.) a nawet niemieckich (Liek), nowym protestem przeciwko nazbyt jednostronnej i ciasnej medycynie końca XIX i początku XX wieku. Wspaniały rozwój nauk ścisłych i zastosowanie ich do medycyny, pchnęły wprawdzie naukę lekarską na nowe tory, ale zaszkodziły jej także bardzo. Wszechwładnie panujący materjalizm kazał zbytnim sceptykom odrzucić wszystko to, co nie dawało się ani zważyć ani zmierzyć, obserwację kliniczną zastąpiły laboratorja, a wraz z przesądami pozbyto się wielu cennych empirycznych zdobyczy długich wieków. Dziś padł jednak materjalizm ofiarą najściślejszej z nauk — fizyki, a w medycynie zapowiada się powrót do hipokratyzmu, pitagoryzmu i *sztuki* lekarskiej. Gwałtownie daje się odczuwać potrzeba syntezy i wyciągnięcia wniosków z olbrzymiego materjału analitycznego, nagromadzonego często bezplanowo, w ciągu ostatnich kilkudziesięciu lat. Daje się też odczuwać potrzeba takiej *teorji chorób*, któraby ujęła je z uwzględnieniem nietylko czynnika etjologicznego (przeżyliśmy upadek ortodoksji bakterjologicznej) lecz także konstytucji, terenu i różnic indywidualnych. Jednostronność i powierzchowność wykształcenia, brak kultury ogólnej, przedwczesna specjalizacja prowadzą nietylko lekarza praktyka, ale i człowieka nauki do wielu niesłusznych wniosków i do błędów, odbijających się boleśnie nawet na lecznictwie. Rozrost nauk morfologicznych uczył przez zbyt wiele lat myślenia statycznego, podczas gdy choroba jest zawsze sprawą dynamiczną. Zupełne lekceważenie psychiki chorego i wpływu *„psyche"* na *„soma"*, oddaliło lekarza od chorego i rzuciło cierpiącą ludzkość w objęcia szarlatanerji. Wpływ psychiki na przebieg, rozwój a nawet powstawanie chorób jest jednak wielki i z dużem zainteresowaniem czyta się wywody autora o sposobach, w jakich stany depresyjne, kłopoty i zmartwienia przygotowują teren dla pojawienia się raka (wagotonja, alkaloza i t. p.). Autor usiłuje przedstawić dla przykładu nowoczesną teorję patogenetyczną raka, gruźlicy i chorób zakaźnych, wreszcie nawołuje do studjowania historji medycyny, do pogłębienia kultury ogólnej, zwłaszcza humanistycznej lekarzy i przestrzega przed zbytnią i zbyt wczesną specjalizacją.

Wywodom autora trudno nie przyznać pełnej słuszności, a nawet wielokrotnie możnaby wyciągnąć z jego ścisłych rozumowań jeszcze dalej idące wnioski. Pewnym balastem dzieła są jednak za liczne i za długie cytaty, nadające mu miejscami charakter więcej sprawozdawczy niż oryginalny.

Dr. T. Kielanowski (Lwów).

Bulletin Trimestriel de l'Organisation d'Hygiène. Genewa. Liga Narodów.

Kwartalnik pod powyższym tytułem rozpoczął piąty rok swego istnienia. Powstał on w dziesiątą rocznicę istnienia Biura Higjeny Ligi Narodów i nie będąc organem oficjalnym, w pracach pomieszczanych daje obraz pracy higjenicznej pod egidą Ligi Narodów prowadzonej. Prace ogłaszane w tym kwartalniku to przeważnie referaty specjalistów, protokóły i uchwały zjazdów, organizowanych przez Biuro Higjeny L. N., sprawozdania roczne specjalnych komisyj i t. p. Prace te, — nierzadko i oryginalne, — stanowią niezmiernie cenny materjał dla spraw higjeny społecznej w najrozmaitszych jej działach. Wymienimy tu dla przykładu ważniejsze tematy, które uwzględniono w czterech pierwszych rocznikach tego kwartalnika.

I tak poświęcono szereg artykułów omówieniu organizacji i planów reformy studjów lekarskich w rozmaitych państwach europejskich, kontroli studjów lekarskich wreszcie walki ze znachorstwem. Najszerzej uwzględniany dział higjeny społecznej omawia higjenę mieszkaniową, sprawę odżywienia specjalnie w okresie kryzysu, sprawę zaopatrzenia ludności krajów rozmaitych w mleko, standaryzację witamin, walkę z narkomanją, plagą much i t. p. Wiele prac poświęconych jest walce z chorobami zakaźnemi, np. organizacji walki z gruźlicą, malarją, chorobami podzwrotnikowemi. Szereg sprawozdań omawia i analizuje wyniki szczepień przeciw błonicy, wściekliźnie (jednolicie opracowane sprawozdania z prawie wszystkich stacyj pasteurowskich całego świata). Spotykamy wreszcie wielką ilość prac z zakresu mikrobiologji (diagnostyka serologiczna kiły, duru brzusznego i rzekomych, mianowanie tuberkuliny, wyniki kontrolne i dyskusja nad wartością hodowli prątków gruźlicy z krwi metodą Loewensteina i t. p.). Spotykamy wreszcie zagadnienia z zakresu innych działów medycyny, jak sprawa leczenia radem, leczenia kiły i t. p.

Krótkie to wyliczenie tematów, którym często i kilka źródłowych prac jest poświęconych, daje pewne wyobrażenie o wszechstronności zagadnień, omawianych w kwartalniku Biura Higjeny Ligi Narodów. Prace poszczególne zreferowane będą w przeglądzie piśmiennictwa, tu podkreślić tylko chciałbym wartość recenzowanego pisma i jego niezbędność dla lekarzy-higjenistów.

St. Legeżyński (Lwów).

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA.

Patologja.

Doświadczenia z dożylnem stosowaniem alkoholu etylowego w celach przeciwbólowych u chorych na nowotwory złośliwe. D. THURSZ. Warsz. Czas. Lek. Nr. 19. 1936.

W przypadkach nowotworów złośliwych, przebiegających z silnemi bólami, w których zawodzą nawet alkaloidy, okazał się dzielnym środkiem uśmierzającym alkohol etylowy, zastosowany po raz pierwszy przez autora w r. 1927. Alkohol podawał autor w roczczynie fizjologicznym soli lub Ringera, 33%, w dawce 1 cm³ alkoholu na 1 kg wagi ciała, roztwór podgrzany do ciepłoty ciała wlewał powoli, z szybkością do 10 cm³ na minutę. Wlewania powtarzał kilkakrotnie w odstępach 2—4-dniowych.

Działanie alkoholu jest, zdaje się, dwojakie: a) bezpośrednie na układ nerwowy, b) na guz nowotworowy, w którym pod wpływem alkoholu występują zmiany wsteczne, z następowem zmniejszeniem ucisku na otaczające tkanki. Metoda bezpieczna. Efekt przeciwbólowy wydatny, nieraz długotrwały.

H. Weber (Lwów).

Badania przenikania prątków B. C. G. przez nieuszkodzoną błonę śluzową układu pokarmowego zwierząt dorosłych. ST. BAGIŃSKI. Gruźlica. R. X. Nr. 4.

Badania autora dotyczą stwierdzenia obecności prątków B. C. G. w narządach zwierząt dorosłych, oraz stwierdzenia przenikania prątków przez nabłonek błony śluzowej jelita i wykrycie jego mechanizmu. Badania te przeprowadzone były na łącznym materjale 33 świnek. Zakażenie odbywało się zawsze przez zgłębnikowanie, przy uprzedniem głodzeniu zwierzęcia przez 24 godziny, poczem w odstępach od 1—54 dni zwierzęta zabijano i badano. W celu zaś wykrycia mechanizmu przenikania przez śluzówkę jelit, dokonywano na uśpionych zwierzętach laparotomji, i do pętli jelita cienkiego około 20 cm długiej wstrzykiwano cienką igłą silnie stężoną szczepionkę. Jak z badań tych wynika, dojelitowe zakażenie prątkami B. C. G. powoduje w różnych narządach zmiany w postaci nabłonkowatych gruzełków i odczynu ze strony naczyń krwionośnych. Ponadto można zaobserwować w komórkach wątrobowych i komórkach układu siateczkowo-śródbłonkowego kwasoodporne prątki w zmiennej ilości, zależnie od okresu po zakażeniu. Dowodziłoby to przenikania prątków B. C. G. przez nieuszkodzoną śluzówkę jelit u zwierząt dorosłych. Co do jego mechanizmu, to jak z drugiej części badań wynika, wydaje się on być dwojakiego rodzaju. Prątki przenikają do rąbka oskórkowego a nawet do szpar międzykomórkowych i zostają odtransportowane drogą fagocytozy do układu chłonnego, albo też prątki, które przeniknęły do rąbka, trafiają do szpar Grünhagena, stąd do utkania kosmka i wreszcie do środkowego naczyńka chłonnego. Przenikanie prątków przez układ chłonny potwierdzają spostrzegane przez autora w naczyńkach chłonnych obficie obecne prątki obok nielicznych prawidłowych limfocytów, oraz resztki jąder komórkowych, najprawdopodobniej makrofagów. Dalsza wędrówka odbywa się drogą układu chłonnego do układu krwionośnego a stąd do poszczególnych narządów, dając opisane wyżej zmiany.

A. Donhaiser (Katowice).

O pozornie zawodnych wskazówkach manometru odmowego. F. ŁABĘDZIŃSKI. Gruźlica. R. X. Nr. 4.

Autor przedstawia 2 spostrzeżenia dotyczące wahań manometrycznych przy zakładaniu albo dopełnianiu odmy. Pierwsze dotyczy ujemnych wahań manometru, mimo że otwór igły odmowej nie znajduje się jeszcze w jamie opłucnowej, najprawdopodobniej powstałe w luźnej tkance podopłucnowej. W tych zatem wypadkach, gdzie ciśnienie ujemne szybko opada, należy wkłuć igłę głębiej, by przekonać się, czy koniec igły nie znajdował się w przestrzeni podopłucnowej. Drugie spostrzeżenie dotyczy różnic w wysokości wahań manometrycznych w zależności od ułożenia chorego. O ile zatem dopełnienia odbywają się stale z tego samego ukłucia, to porównanie ciśnień może mieć wartość tylko przy przestrzeganiu identycznego ułożenia pacjenta. Tam zaś, gdzie zmienia się miejsce nakłucia trzeba się liczyć z możliwością większych różnic w wahaniach manometrycznych zależnych od innego ułożenia chorego.

A. Donhaiser (Katowice).

Wykazanie biochemiczne pewnych kwasic i ich leczenie swoiste. G. LISI. Nova Medicina Italica. a. V. Nr. 2. 1935.

Autor po krótkim wstępie dotyczącym elementarnych wiadomości równowagi kwasowo-zasadowej przedstawia pewne formy kwasic mniej znanych i ich swoiste leczenie. Przypomina częste zjawiska patologiczne, w których krew może mieć tendencje do zakwaszenia, szczególnie w stanach gorączkowych. Zwykle chodzi tu o formy raczej lekkie i przejściowe, których objawy kliniczne nie są bardzo doniosłe. Istnieją jednak pewne wypadki, których kwasica jest wybitna i chociaż nie jest swoista, jak niektórzy twierdzą dla tych objawów chorobowych, jednak przyczynią się w pewnym stopniu do zmian w stanie ogólnym chorego i w stanie jego narządów.

Autor podaje kilka przypadków, w których kwasica jest objawem drugorzędnym a czasem nawet niepoznanym. Do takich należą: 1) niedomoga sercowa, 2) ostry obrzęk płuc, 3) niektóre nerwowe schorzenia, 4) zatrucia ciążowe, neurasteniczne, choroba Basedowa, nadkwasowości i t. d. W tych wszystkich wypadkach autor starał się wykazać drogą biologiczną stan kwasicy t. zn. sprawdzić jej istnienie wszelkimi sposobami. Ustaliwszy obecność kwasicy podawał zasady w ilościach odpowiednich w rozmaitych okresach czasu, używając tych samych środków leczniczych w czasach przed leczeniem i porównywując otrzymane wyniki w czasie leczenia.

Badania dotyczyły pH, zapasu zasad, zawartości cukru, wapna i potasu we krwi. Określenia powtarzane były pięciokrotnie. Naprzód przed leczeniem a drugi raz po dziesięciu dniach leczenia. Leczenie potem było wstrzymane na przeciąg dziesięciu dni a po dwudziestym dniu licząc od początku leczenia powtórzono badania. Potem zaczynano leczenie w drugim okresie zastrzykami, trwającymi dziesięć dni i po oznaczeniu części składowych powtórzono badanie poraz czwarty przy końcu drugiego okresu. Wreszcie po dziesięciu dniach t. zn. w czterdziestym dniu od początku leczenia powtórzono wszystkie próby po raz piąty. W ten sposób można było badać zmiany wywołane przez leczenie zasadami i trwałość po każdorazowej przerwie. Co do sposobu leczenia autor wolał podawać raczej nadmiar zasad a przynajmniej dawkę wystarczającą dla zobojętnienia stanu kwasowego krwi, w tym celu używał *Endoneutralio* otrzymywane dzięki uprzejmości S. A. R. M. Rzymu.

Streszczając te wyniki zebrane w licznych tablicach autor dochodzi do następujących wniosków: Istnieją kwasice poza znanemi dotąd i nieprzeceniając ich znaczenia trzeba przyznać, że w wytwarzaniu stanów chorobowych odgrywają poważną rolę przez zmiany, które wywołują w organiźmie. W każdym razie conajmniej przyczyniają się do utrzymania lub pogorszenia stanu choroby.

Te kwasice są widoczne w badaniach biochemicznych, szczególnie w zaburzeniach sercowych, obrzękach płuc, nerwicach i innych zespołach samozatrucia jak ciąża, neurastenja, choroba Basedowa i nadkwasowość. Chcąc otrzymać u tych chorych przyspieszenie leczenia i większą trwałość, autor dodawał do zwykle używanych leków środki, które są swoistem leczeniem kwasicy. Leczenie to wypróbowane przez autora w opisanych wypadkach przy użyciu cytrynianu sodowego i potasowego dały mu wyniki pomyślne.

Wynik był zadawalniający nawet w jedynym wypadku neurastenji. Podnieść należy, że chodziło tu o formę dziedziczną, połączoną z nadmierną ilością wapna i nadwrażliwością nerwową. Nie wiemy czy forma typu depresji dałaby podobny wynik i czy w tych wypadkach kwasowość znalazłaby również usprawiedliwienie w leczeniu alkaljami czy przeciwnie wskazane byłoby leczenie inne. Z pewną rezerwą trzebaby mówić i o próbach leczenia Basedowa, które nie dały wyników dodatnich. Obserwacja jednego wypadku nie pozwala na ogólne wnioski i dlatego pole otwarte jest do dalszych prób.

Autor przypuszcza, że we wszystkich wypadkach z pomyślnym wynikiem, które stanowią większość, leczenie alkaliczne wpłynęło na zmianę warunków humoralnych; zauważono przytem, że przez alkalje otrzymywano wyniki lepsze niż te, które otrzymano w leczeniu bez alkaljі, albo że leczenie było skuteczniejsze. *Dr. M.* (Lwów).

Znaczenie pH w etjologji i patogenezie urikemji i skazy moczanowej. M. RINALDI. Nova Medicina Italica. r. VI. 9 Settembre 1933.

Patogeneza nadmiaru kwasu moczowego we krwi i skazy moczanowej podlega licznym dyskusjom. Dużo podawano teoryj dla jej wyjaśnienia. Garrod, który pierwszy rozważał to pytanie ustalił ważne zjawiska i przyjął, że nadmiar kwasu moczowego we krwi zależy od niedomogi nerkowej. Potem nastąpiła teorja, która uważała skazę moczanową za chorobę wywołaną zmniejszonym rozkładem kwasu moczowego, czyli za brak urikazy, fermentu rozkładającego kwas moczowy (Brugsch i Schittenhelm).

Potem zbudowano teorję neuro-wegetatywną (Maresabl), która nie przypisuje znaczenia ciałom egzogenicznym w patogenezie sk. mocz. Opierając się na teorji neurowegetatywnej dla wytłumaczenia powstawania napadu podagry, napotykamy niemniej ponętną teorję alergiczną, wedle której choroba ta wywołana jest nadczułością wrodzoną i dziedziczną na bodźce, które dla innych osobników są nieszkodliwe. Po ocenie tych zapatrywań dotyczących patogenezy urikemji i podagry autor zatrzymuje się, jakby na drugim etapie, rozważając teorję zatrzymania tkankowego (Umbert'a) (uratofilja tkanek) i na teorji uratohistechji Gudzenta, która wydaje się bardziej pełna i ogarnia wszystko, co o tej sprawie powiedziano, bardziej syntetycznie. Hipoteza Schade wydaje się autorowi bardziej logiczną od innych. Wedle niej kwas moczowy tworzyłby we krwi związek koloidalny z białkami plazmy, które są także jak wiadomo w stanie koloidalnym. Lichtwitz wyrażał coś podobnego, przyjmując wpływ protekcyjny koloidów na kwas moczowy, który utrudnia osadzanie się w tkankach.

Autor przyjmuje, że niema powinowactwa tkankowego dla kwasu moczowego ani własności chłonienia go, raczej wierzy w zespół reakcyj, który powinien nastąpić przez wpływ koloidów tkanek w zetknięciu się z kwasem moczowym. Jest to punkt, który autor rozważa w związku z wpływem pH w patogenezie urikemji i podagry.

Przed przystąpieniem ostatecznem do streszczenia swej teorji autor podaje pewne wskazówki dotyczące stanu koloidalnego i tych procesów, które zachodzą pomiędzy ciałami koloidalnemi tkanek wedle teorji Scala.

W jaki sposób powstaje strącenie kwasu moczowego? Wedle doświadczeń Schadego i Bodena najważniejszym czynnikiem jest stan kwasowości środowiska. Podobny proces zachodzić musi i w ustroju. Mamy stan lekkiej alkalizacji środowiska przy reakcji tkanek bardziej zasadowej. Kwas moczowy w stanie koloidalnym przeniesiony do krwi w warunkach takich: jak oziębienie, obecność alkoholu lub elektrolitów, znajduje możność strącenia się w formie gelu. A zatem hipoteza, że urikemja jest skutkiem alkalozy ustroju, którą się spotyka wskutek konstytucji osobniczej i która jest zdolna zmieniać wyniki wszelkich reakcji prowadzących do stanu koloidalnego nie jest ani zbyt śmiała ani nielogiczna. Przypuszczenie to było zawarte i w tych teorjach, które na skutek codziennego doświadczenia widziały poprawę przy zakwaszeniu ustroju. Metoda Falkensteina oparta na przyjmowaniu skuteczności zakwaszenia ustroju i lecząca podagrę kwasem solnym miała wielkie powodzenie. Dalsze badania Scala i Alessandrini zachowania się krzemionki, która jest podobna w zachowaniu swem do innych koloidów wykazały, że krzemionka podawana jakąkolwiek drogą ułatwia zatrzymywanie się chlorku sodowego w tkankach i wywołuje wytwarzanie związków koloidalnych pomiędzy chlorkiem-sodu i koloidami pierwoszczy tkanek, związków, które są niejako wyższym stopniem zwyklych związków fizjologicznych. Z tej reakcji wynika kwas solny, bo liczba jonów wodorowanych staje się większa od katjonów, dlatego leczenie krzemionką koloidalną zajęło ważne miejsce w terapji podagry i skazy moczanowej.

M. (Lwów).

Choroby wewnętrzne, nerwowe i dziecięce.

W sprawie leczenia dysenterji prątkowej. E. BOERIO. Rass. Int. Clin. Ter. T. XVII. Nr. 6. 1936.

Badania dotyczą 8 przypadków dysenterji, z czego 4 wywołane przez prątek Flexnera, 2 przez prątek Shiga-Kruse, 2 przez *bacillus subtilis*. Autor podawał Entero-Vioform, związek jodochlorooxychinoliny ze saponiną. Po 3—6 dniach leczenia wybitna poprawa objawów chorobowych. Nie zauważono żadnych objawów nietolerancji. Autor podawał wymieniony preparat również z dobrym skutkiem przez odbytnicę, usuwając ból i parcie na stolec. *M. Scheps* (Lwów).

Uchyłki okolicy wpustu żołądka i ich leczenie. J. CH. ROUX i H. BECLÈRE. Arch. Mal. App. Digestif. Nr. 1. T. XXVI. 1936.

Autorowie opierając się na 4 własnych przypadkach uchyłków części wpustowych żołądka (schorzenia dość rzadkiego), podają oryginalny sposób leczenia objawów nieraz bardzo przykrych dla chorego. Wspomniane uchyłki mogą przebiegać zupełnie bez objawów i tylko przypadek prowadzi do ich odkrycia, jak to było w 2 przypadkach autorów. W innych natomiast przypadkach następują bardzo silne bóle w okolicy żołądka, które jednakowoż dość często występują po dużych dawkach bizmutu. Chodzi jedynie o to, aby bizmut mógł się dostać do uchyłka, co nie zawsze się udaje. W przeciwnym bowiem wypadku leczenie jest bezskuteczne. W tym celu autorowie podają swój sposób, który polega na tem, że górna część ciała chorego zwisa z łóżka tak, że głowa dotyka podłogi zaś nogi leżą na łóżku i w tej pozycji chory połyka bizmut. W 2 wypadkach nastąpiła poprawa dopiero po zastosowaniu tego sposobu. Również i opróżnienie uchyłka z zalegającej treści można nieraz jedynie tym sposobem uskutecznić. *M. Scheps* (Lwów).

Przegląd krytyczny 23 przypadków przebicia wrzodów żołądka i dwunastnicy do wolnej jamy otrzewnowej. I. DRAGOMIRESCO. Arch. Mal. App. Digestif. Nr. 1. T. XXVI. 1936.

Ostatnie statystyki wykazują wzrost wypadków przebicia wrzodów dwunastnicowo-żołądkowych. W przypadkach autora przebicie występowało najczęściej w lecie. 95% było mężczyzn a tylko 5% kobiet. Przyczyna tkwi w nadużywaniu alkoholu, tytoniu i nieregularnem odżywianiu się mężczyzn a bardziej regularnym trybie życia kobiet. Najczęściej występowało przebicie między 30—40 rokiem życia (44%). Co do zawodu chorego, przebicie występowało najczęściej u robotników (61%). Zdaniem autora skutkiem ciężkich warunków bytu i alkoholizmu. Początek przebicia wrzodu nie jest równoznaczny z wystąpieniem objawów klinicznych, które występują czasem w kilka godzin po przebiciu wrzodu i wyrazem odczynu ze strony otrzewnej. Najczęściej występują w porze poobiedniej, rzadziej w nocy. Najczęściej ulegają przebiciu wrzody okołoodźwiernikowe (48%), potem dwunastnicowe (26%), najrzadziej wrzody dużej krzywizny żołądka (5%). Główną rolę w rozpoznaniu przebicia wrzodu odgrywają 1) wywiady, 2) nagły ból, 3) skurcz powłok brzusznych. *Ad* 1) Tylko w 57% przypadków można było z wywiadów wnioskować o istnieniu wrzodu, *ad* 2) typowy gwałtowny ból w okolicy dołka podsercowego wystąpił w 57 przypadkach, w okolicy prawego talerza biodrowego w 17%, w okolicy prawego łuku żebrowego w 13%, w całym brzuchu bez ścisłego umiejscowienia w 13%, *ad* 3) skurcz powłok brzusznych najbardziej zaznaczony w okolicy dołka podsercowego w 74%. Skurcz w okolicy talerza biodrowego w 13%, brak wszelkiego napięcia powłok w 13%. Autor uważa ostatni objaw za najbardziej niezawodny, gdyż był dodatni w 74%, podczas gdy pozostałe objawy w czterdziestu kilku procentach zawodzą. Spośród objawów dodatkowych, jak

zapad, wymioty i brak stłumienia wątrobowego, ten ostatni jest najczęstszy (60%), choć występuje czasami dość późno. Wymioty występowały w 1/3 przypadków i to przeważnie we wrzodach odźwiernikowo-dwunastnicowych. Zapadu ani razu autor nie mógł stwierdzić. Trafne rozpoznanie w 78% przypadków, 4 przypadki rozpoznane mylnie jako zapalenie wyrostka robaczkowego, okazały się przebitemi wrzodami odźwiernikowo-dwunastnicowemi. Spośród operowanych przypadków 17% śmiertelności. Im wcześniejszy zabieg, tem śmiertelność mniejsza. Metody operacyjne nie różnią się od ogólnie przyjętych.

M. Scheps (Lwów).

Czterochlorek węgla w leczeniu tasiemca. R. V. TALICE. Arch. Mal. App. Digestif. Nr. 5. T. XXV. 1936.

Autor stosował czterochlorek węgla celem usunięcia tasiemca, osiągając w 97% wyleczenie. Ze względu na pewną toksyczność dla wątroby należy przestrzegać następujących przepisów: chory otrzymuje przez tydzień dietę węglowodanową mleczną bez alkoholu. Nadto codziennie roztwór chlorku wapniowego. Następnie podajemy naczczo 3—4 cm³ czterochlorku węgla czystego z małą ilością wody, a bezpośrednio potem 35—40 g siarczanu magnezowego, celem uzyskania przeczyszczenia. Jeżeli po 3 godzinach chory nie oddał stolca, należy ponownie podać środki czyszczące lub lewatywę. Należy unikać tłuszczów. Przez kilka dni następnych dieta węglowodanowa.

M. Scheps (Lwów).

Atypowe postacie ostrego, gorączkowego Angoris coronaris. C. LIAN i J. TACQUET. Prakt. Lékař. 1936, 3 wedł. M. Kl. 1936, 24.

Rozróżniamy trzy postacie regularne dusznicy wieńcowej: 1) postać czysta mięśniowa *(myocardialis)* jest najczęstszą i nacechowana trzema objawami głównemi: bólami, gorączką i ostrą niedomogą serca; 2) postać mięśniowo-osierdziowa *(myocardio-pericardialis)*, w której do wyliczonych trzech objawów przyłącza się jeszcze tarcie osierdziowe; 3) postać sercowo-żołądkowa *(cardiogastrica*, wedle Liana i Polleta *„état de mal cardio-gastro-angineux")*, w której bóle są b. intensywne, umiejscowione w dolnej okolicy zamostkowej albo w nadbrzuszu, połączone z dolegliwościami dyspeptycznemi, zwłaszcza nudnościami, mdłościami, wymiotami. Niekiedy można też stwierdzić wzdęcie brzucha lub nawet mierną obronę mięśniową. Obok tych trzech typowych postaci istnieją też postacie niezupełnie rozwinięte, nietypowe, w których rozpoznanie może niekiedy być bardzo utrudnione. 1. Postać dygestywna (trawienna), którą należy odróżniać od ostrej perforacji, kolki żółciowej i przełomów żołądkowych i gdzie tylko Ekg może przynieść wyjaśnienie. Czasem mogą się zjawić napady wolne lub prawie wolne od bólów, gdzie znów istnieje niebezpieczeństwo rozpoznania lekkiego niedomagania *(indispositio)* lub zatrucia. 2. Postać płucna *(pulmonalis)* cechowana kaszlem, częstym oddechem i t. p., gdzie zachodzi obawa rozpoznania grypy lub zapalenia płuc. 3. Postacie embolizujące: zawał mięśnia sercowego może wywołać zatory, częstokroć w wielkiem krążeniu. Jeden taki przypadek autorów dał obraz postępującej niedomogi sercowej, połączonej z licznemi zawałami płucnemi. 4. Postacie połączone z zaburzeniami rytmicznemi. Wielkie znaczenie mają przypadki połączone z rzadkoskurczem *(bradycardia)* i rozszczepieniem przedsionkowo-komorowem *(dissociatio atrioventricularis)*. Występuje w nich często utrata przytomności i zwykle powolna poprawa rytmu, lecz stan ten może też skończyć się fatalnym zapadem. W innych przypadkach znów występuje napadowy częstoskurcz komorowy, głównie na podstawie zawału przegrodowego *(infarctus septi)*. 5. Postacie o przebiegu ukrytym i 6. Postacie zapadowe i śpiączkowe, gdzie zawał mięśnia sercowego może być połączony z udarem apoplektycznym. Uszkodzenie serca może wywołać udar krążeniowy *(ictus circulationis)* i to zaburzenie krążeniowe daje objawy nerwowe. W jednym takim przypadku parcie krwi spadło o 200 mm. Rozstrzygającem dla rozpoznania zawału jest Ekg, a mianowicie zmienność i następowa poprawa zmian patologicznych po krótszej lub dłuższej przerwie.

Fels (Lwów).

Chirurgja, położnictwo i ginekologja, stomatologja.

Przypadek zroślaków w ciąży trąbkowej. E. MOSETTIG. Monatsschrift f. G. u. Gyn. T. 99. Z. 3.

Autor opisuje jedyny w piśmiennictwie przypadek powstania zroślaków w ciąży bliźniaczej, jednojajowej, trąbkowej. Zrost nastąpił w części piersiowej. Oba płody płci żeńskiej w trzecim miesiącu księżycowym. Dotychczas znanych jest 69 przypadków ciąży bliźniaczej w jednej trąbce. Między nimi ani razu nie stwierdzono zrastania się bliźniąt. *J. Lenczowski* (Lwów).

Leczenie kłykcin kończystych lampą kwarcową. W. N. CHMIELEWSKI. Monatsschrift f. G. u. Gyn. T. 99. Z. 3.

W czterech przypadkach kłykcin kończystych, powstałych na tle rzeżączki, stosował autor długotrwałe naświetlania lampą kwarcową. W wyniku tego leczenia nastąpiło znaczne zmniejszenie się stanu zapalnego, co potwierdziło kilkakrotne kontrolne badanie bakterjologiczne, zmniejszyła się bolesność, a same wyrośla cofnęły się znacznie. Wiele z tych tworów samoistnie odpadło. Wobec powyższych wyników autor poleca stosowanie lampy kwarcowej w leczeniu kłykcin kończystych.

J. Lenczowski (Lwów).

W sprawie leczenia łożyska przodującego. S. M. KLEIN. Monatsschrift f. G. u. Gyn. T. 99. Z. 3.

Autor w 59 przypadkach łożyska przodującego, wykonywał przeważnie operacje pochwowe, jak przebicie pęcherza, obrót Braxtona-Hix'a z następowem szybkiem wyciągnięciem płodu, zakładania balonu do macicy. Tylko w 10 przypadkach uciekano się do cięcia cesarskiego brzusznego. Wyniki doprowadziły autora do jedynie słusznego i dawno już ustalonego na Zachodzie wniosku, że w przypadkach łożyska przodującego daleko lepsze wyniki uzyskać można zapomocą obrotu i leczenia, niż przez wykonanie cięcia cesarskiego. *J. Lenczowski* (Lwów).

Przyczynek do zaburzeń paralitycznych mózgu podczas ciąży, oraz sprawa powikłania ciąży wadą sercową. ST. KELEMEN. Monatsschrift f. G. u. Gyn. T. 99. Z. 3.

Zaburzenia mózgowe w ciąży mogą być następstwem zatorów naczyniowych, jak również i zatruć ciążowych. Autor opisuje szczegółowo sześć przypadków zaburzeń paralitycznych mózgu. Dwa z nich wydarzyły się w ciąży, cztery w połogu. Bardzo zajmujące są spostrzeżenia autora, dotyczące trzech przypadków wystąpienia typowych zatorów septycznych w mózgu, u chorych obarczonych wadami zastawkowemi. Ze względu na to, że zatory mózgowe w przebiegu organicznych wad serca zdarzają się rzadko, wystąpienie tego powikłania mózgowego w trzech przypadkach autora dowodziłoby, że ciąża w wybitnym stopniu przyczynia się do zaostrzenia dawniej nabytej sprawy zapalnej na zastawkach sercowych, doprowadzając do odrywania się cząsteczek zakażonych z powierzchni zastawek i rozsiewania ich po ustroju. Że tak jest, dowodzi tego i septyczny przebieg choroby. Ta częstość ponownego zaognienia się sprawy zapalnej na zastawkach zmusza autora do rewizji dotychczasowego naszego stanowiska w sprawie wskazań przerwania ciąży spowodu wad serca. Biorąc pod uwagę możliwość ponownego rozdmuchania sprawy zapalnej wsierdzia, należy być bardziej liberalnym we wskazaniach do przerwania ciąży, zwłaszcza w przypadkach wad serca, niedawno nabytych.

J. Lenczowski (Lwów).

Pierwotna promienica narządu rodnego po poronieniu. JUNGHANS ERICH. Monatschrift f. Geb. u. Gyn. T. 98. Z. 4.

Dotychczas opisano 4 przypadki pierwotnej promienicy narządu rodnego. Do tej skąpej kazuistyki autor dodaje swój przypadek. 18-letnia kobieta w 3 miesiące po przebyciu gorączkującego poronienia, zgłosiła się do kliniki z objawami ropnego zapalenia przedniego i bocznych przymacicz. Stan ogólny ciężki, wybitna niedokrwistość. W ciągu 3-miesięcznego pobytu na klinice stan mimo leczenia stale się pogarszał. Sprawa zapalna przeszła i na tylne przymacicze. Ze względu na krwawienie wykonano skrobankę macicy, a badanie drobnowidowe wyskorbin ujawniło liczne ogniska promienicy w błonie śluzowej i mięśniówce. Podczas skrobanki stwierdzono we wziernikach niewielki otwór w przedniem sklepieniu. Ze względu na brak poprawy, po wytworzeniu się ropnia w tylnem sklepieniu, nacięto go i wypuszczono 15 cm³ ropy. Wkrótce potem chora opuściła klinikę, po 3 tygodniach jednak powróciła znowu w stanie jeszcze gorszym. Obie nogi obrzękłe, rozległe odleżyny na krzyżach, przetoki w prawej okolicy pachwinowej. W dwa tygodnie potem chora zmarła. Sekcja stwierdziła promienicę wnętrza macicy z zupełnem zniszczeniem jej szyi, promienicę prawego jajnika, olbrzymi ropień, zawierający grudki grzybka w przymaciczu przedniem i tylnem oraz liczne ogniska w jelicie biodrowem, w kiszce prostej z przedziurawieniami. Ropień w przedniem sklepieniu łączył się z pochwą zapomocą otworu. Autor jest zdania, że promienica w danym przypadku usadowiła się początkowo w jamie macicy i w przedniem sklepieniu podczas usiłowanego spędzenia płodu, zaczem przemawiała obecność otworu w przedniem sklepieniu, który powstał podczas manipulacji jakiemś narzędziem w pochwie. Zmiany w jelitach powstały zdaniem autora wtórnie.

J. Lenczowski (Lwów).

Ocena wartości maksymalnej ilości bólów porodowych. HEINZ PRESSER. Monatschr. f. Geb. u. Gyn. T. 99. Z. 5.

Porównanie maksymalnej ilości skurczów macicy podczas porodu u 400 rodzących z ustalonemi przez Freya danemi wypadło wogóle niekorzystnie dla tej metody. Okazało się bowiem, że w 36 przypadkach ilość bólów porodowych znacznie przekroczyła górną granicę; u 14 w pierwszym okresie, u 22 w drugim. Tylko w 6 przypadkach musiano poród ukończyć zapomocą kleszczy. W pozostałych przypadkach poród odbył się siłami natury bez najmniejszej szkody dla płodu i matki. Również przekroczenie maksymalnej granicy Freya nie zakłóciło ani trzeciego okresu porodowego ani połogu.

Tem samem autor odmawia jakiegokolwiek praktycznego znaczenia metodzie Freya, a skłania się raczej do poglądu starego, że w rokowaniu porodu gra rolę czas jego trwania, który zresztą również nie da się ściśle ustalić. Wszystko zatem zależy od doświadczenia prowadzącego poród i nie da się zgóry ułożyć w jakikolwiek szablon. *J. Lenczowski* (Lwów).

Odciski palców u bliźniąt. MICHAEL BAK. Monatschr. f. Geb. u. Gyn. T. 99. Z. 5.

Daktyloskopja zdawna zdobyła sobie uznanie jako niezawodny sposób identyfikowania poszczególnych osób. Co do bliźniąt badania porównawcze, zresztą nieliczne, nie dały zgodnych wyników. Autor przeto postawił sobie za zadanie przeprowadzenie takiego badania u bliźniąt na większej ilości przypadków. Jako materjał posłużyło autorowi 62 pary bliźniąt urodzone w ostatnich 20 latach w szkole położnych w Budapeszcie. Między nimi było 14 par dwujajowych, różnopłciowych, 34 dwujajowych jednakowej płci i 14 jednojajowych również jednakowej płci. Otóż okazało się, że zupełnej identyczności nie stwierdzono ani w jednej parze, aczkolwiek podobieństwo było duże, zwłaszcza między bliźniakami jednojajowemi. Największe różnice okazywały bliźniaki dwujajowe odmiennopłciowe. Badania autora utwierdziły go w przekonaniu, że daktyloskopja jest najlepszą i niezawodną metodą stwierdzania tożsamości osoby.
J. Lenczowski (Lwów).

O krwawieniach poprzekwitaniowych. P. N. LOGWINSKY. Monatschr. f. Geb. u. Gyn. T. 99. Z. 5.

Dokładna analiza 79 przypadków krwawień poprzekwitaniowych (krwawienia, które wystąpiły nie wcześniej, niż w rok po ustaniu miesiączkowania) wykazała, że w 53,2% przypadków przyczyną krwawień był rak narządu rodnego i to przedewszystkiem rak szyjki i ciała macicy. Rak jajników rzadko kiedy wywoływał krwawienia z macicy. W 46,8% krwawienia występowały z przyczyn banalnych, przedewszystkiem spowodu polipów, nadżerek części pochwowych i zapalenia macicy. Dane te wskazują, jak ostrożnie należy traktować każde krwawienie u staruszek i że przedewszystkiem myśleć należy o nowotworach złośliwych. *J. Lenczowski* (Lwów).

Dalsze badanie i leczenie eklampsji. J. N. WOLKOW. Monatschrift f. Geb. u. Gyn. T. 99. Z. 5.

Statystyka, obejmująca 225 przypadków drgawek ciążowych, porodowych i połogowych i uwzględniająca głównie przypadki śmiertelne, jest potwierdzeniem zdania Essen-Möllera, że w wyniku ostatecznym gra rolę nietyle ten lub ów system leczniczy, ile stan chorej, w jakim zgłosiła się do leczenia. Dlatego szczególnie ważnem jest nakłanianie ciężarnych do systematycznej kontroli w stacjach opieki nad ciężarnemi i odpowiednie wyszkolenie personelu lekarskiego w dziedzinie rozpoznawania zatruć ciążowych, gdyż ich pierwsze objawy nieraz trudne są do uchwycenia. W sposobie postępowania autor hołduje metodzie Stroganoffa w połączeniu z obfitym upustem krwi.

W uzasadnieniu swoich wywodów autor przytacza szczegółowo opracowaną statystykę, której szczegóły nie nadają się do streszczenia. *J. Lenczowski* (Lwów).

Przyczynki do sprawy wyłuszczania mięśniaków macicy w ciąży. FRANZ RHEMANN. Monatschr. f. G. u. Gyn. Tom. 99. Z. 5.

Autor uważa, że w przypadkach mięśniaków niedużych, nie sprawiających zaburzeń, nie należy w ciąży guzów tych usuwać. W przypadkach zaś mięśniaków wielkich, zwłaszcza międzyblaszkowych szyjnych radzi bezwarunkowo wyłuszczać guzy, gdyż niebezpieczeństwa już w czasie trwania ciąży, a zwłaszcza podczas porodu i połogu są znacznie większe, niż niebezpieczeństwa, związane z wyłuszczeniem mięśniaka z macicy ciężarnej. Gdyby nawet po wyłuszczeniu doszło do poronienia, co stanowi jedyne powikłanie po tym zabiegu — to w każdym razie usunięcie dużych guzów polepsza szanse ponownego zastąpienia, przyczem następna ciąża, jakoteż poród i połóg przebiegają wśród niepomiernie korzystniejszych warunków. Gdyby zaś do poronienia nie doszło, to dalsze trwanie ciąży, a później poród i połóg odbywają się w warunkach o wiele lepszych. Dla przykładu przytacza autor przypadek wielkiego guza szyi, rosnącego śródblaszkowo i w zupełności przemieszczającego macicę ciężarną w drugim miesiącu na bok. Rozległość guza i znaczne jego wklinowanie do miednicy nietylko nie pozwalały na dobre rokowanie podczas przypuszczalnego porodu, ale nawet dalsze trwanie ciąży stawiało pod znakiem zapytania. Dlatego wykonano wyłuszczenie włókniaka. Ciąża utrzymana, i chora urodziła siłami natury płód żywy. Połóg bezgorączkowy.

Jeżeli chodzi zaś o niebezpieczeństwa, na jakie wystawiona jest ciężarna, a zwłaszcza rodząca i położnica, obarczona mięśniakami, doskonale oświetla drugi przypadek autora — guz szyjny miedzyblaszkowy sięgający łuków żebrowych. Poronienie w 6-tym mies. ks. W połogu dreszcze, ciepłota podniesiona — jednem słowem wytworzył się stan septyczny bardzo groźny spowodu zmian martwiczych a może i zropienia guza. Stan ten zmusił autora do interwencji — wykonano laparotomję i ze względu na młody wiek chorej wyłuszczono guz z pozostawieniem macicy. Wyleczenie. W 4 mies. po operacji chora ponownie zaszła w ciążę. Jednak w 8 mies. ks. musiano wykonać cięcie cesarskie bo blizna na macicy w miejscu usuniętego guza była tak cienka, że z obawy możliwego pęknięcia macicy w ciąży następnej usunięto macicę nadpochwowo. Ten ostatni szczegół, a mianowicie możliwość pęknięcia macicy w ciąży po wyłuszczeniu włókniaków należy zawsze mieć na uwadze. I dlatego ciągła obserwacja lekarska tych ciężarnych jest rzeczą nieodzowną.
J. Lenczowski (Lwów).

Progravid w leczeniu wymiotów ciężarnych. W. Th. SCHMIDT. Monatschr. f. Geb. u. Gyn. T. 98. z. 4.

Autor wypróbował na 40-tu przypadkach wymiotów ciężarnych z doskonałym wynikem nowy środek, zawierający związki ceru, i wypuszczony w handlu pod nazwą progravid. Środek ten stosuje się w postaci tabletek. W lekkich przypadkach wystarczy jedna lub dwie tabletki dziennie, zażywane zrana. W cięższych stosował autor 3 razy dziennie po kilka tabletek przed każdym posiłkiem, lub nawet jeszcze częściej. Preparat okazał się zupełnie nieszkodliwy, nawet w bardzo dużych dawkach.
J. Lenczowski (Lwów).

RUCH W TOWARZYSTWACH LEKARSKICH. — ZJAZDY.

Wydział Lekarski Poznańskiego Towarzystwa Przyjaciół Nauk. Uroczyste Zebranie.

XV Posiedzenie naukowe z dnia 24 listopada 1935 roku.

Uroczyste zebranie zostało zwołane na godzinę 11-tą przedpołudniem do sali Wydziału Lekarskiego P. T. P. N. przy ul. Sew. Mielżyńskiego 26/27.

1. Prezes Prof. Dr. Witold Kapuściński zagaja zebranie następującem przemówieniem:

Otwieram XV Zebranie Wydziału Lekarskiego T. P. N.

Witam Szanownych Gości oraz Kolegów, witam czcigodnego prelegenta Prof. dra Emila Godlewskiego, laureata miasta Warszawy, który dzisiejsze nasze zebranie zaszczycił swoją obecnością, a uświetni swoim wykładem. Dopełniam jeszcze żałobnego obowiązku wspominając o tych kolegach, którzy zmarli w ostatnim roku. Nietylko nasz Wydział, ale i nauka polska poniosła ciężką stratę przez śmierć prof. dr. Antoniego Głuzińskiego honorowego członka Tow. P. N. Wymieniam następnie zmarłych członków dra Stanisława Gościckiego z Poznania, dra Stanisława Górnego z Owińsk, dra Władysława Jordana ze Środy i dra Jana Sujkowskiego z Grudziądza. Proszę Szanownych Kolegów pamięć ich uczcić przez powstanie.

17 lat mija od owego walnego zgromadzenia, które stało się początkiem nowego okresu w życiu lekarskiem naszej dzielnicy; w tej samej sali, w której zbieramy się co rok dla upamiętnienia tego listopadowego posiedzenia, zebrało się wtenczas 74 lekarzy byłego zaboru pruskiego, aby zorganizować sprawy lekarsko-społeczne oraz lekarsko-naukowe w zachodnich dzielnicach Polski. Z ówczesnych Kolegów, którzy byli obecni na tem posiedzeniu niewielu już pozostało — przyszły nowe pokolenia lekarzy, z których może niewszyscy zdają sobie sprawę z tego, co wtedy się działo i dlaczego ówczesne zebranie listopadowe święcimy coroczną uroczystością. Aby więc tradycja tego wieczoru listopadowego pozostała żywą w młodem pokoleniu, opowiem w krótkich słowach dzieje tych już odległych czasów. Działo się to pod koniec wielkiej wojny. 10 listopada nastąpiło zawieszenie broni — na Zachodzie niemiecka armja cofnąć się musiała za Ren, a na Wschodzie otrzymała rozkaz od Focha zająć granice Rzeszy z 1914 r. Królestwo i Małopolska uwolnione zostały od okupan-

tów, ziemie natomiast zachodnio-polskie oddzielono od kraju kordonem pruskiego żołnierza. Ogarnęła nas niepewność przyszłych losów tej dzielnicy. W tym czasie lekarski świat poznański był może pierwszy, który zaczął się organizować, aby móc wypełnić przyszłe obowiązki po usunięciu władzy niemieckiej.

Dążność do tej organizacji znalazła wyraz w Walnem Zebraniu listopadowem roku 1918. Powzięto wtedy szereg uchwał dla przygotowania odpowiednich warunków i pracowników, aby móc wypełnić obowiązki społeczno-lekarskie w oswobodzonym kraju. Warunki wypełnienia tych obowiązków były nad wyraz trudne, przedewszystkiem z braku odpowiednich sił. Liczba bowiem Polaków była znikoma. W Poznaniu było nas 60 na 110 lekarzy Niemców, na prowincji stosunek był podobny. W okręgu bydgoskim stosunek ten przedstawiał się, jak 1:4, w Bydgoszczy samej było 7 lekarzy polskich na 49 niemieckich. Na Pomorzu stosunek ten przedstawiał się, jak 1:7, na Śląsku było 21 lekarzy polskich, a 534 niemieckich.

Na tem listopadowem zebraniu przyjęto komisje, które miały zająć się organizacją lekarzy. Została więc wybrana komisja statystyczna, komisja administracyjna dla spraw lekarskich, komisja dla spraw szpitalnych, komisja dla spraw przyszłego Wydziału Lekarskiego w tworzącym się Uniwersytecie Poznańskim, komisja dla zdrowia publicznego przy Radzie Narodowej, nawiązano kontakt z Polskim Czerwonym Krzyżem. Komisje owe spełniły wszystkie swoje zadania. Z ówczesnych kolegów dziś już nieżyjących, którzy wtedy wielką odegrali rolę, wymienić należy nazwiska dra Panieńskiego, dra Pomorskiego, Dembińskiego, Grabowskiego, Wierzejewskiego, Łazarewicza. Z obecnych członków Wydziału przedewszystkiem wspomnieć należy o działalności prof. Gantkowskiego, który został wybrany naczelnym referentem dla spraw lekarskich i stał się organizatorem życia lekarskiego. Obok nich wymienić należy także dr. T. Szulca, dr. Nowakowskiego, dr. Cetkowskiego i dr. Dandelskiego z Torunia. Za postanowienie o szczególnej doniosłości należy uważać powołanie komisji dla przyszłego Wydziału Lekarskiego Uniw. Pozn. W ten sposób bowiem Wydział Lekarski P. T. P. N. wypełniał zobowiązania, które tradycyjnie na nim ciążyły. Prace przygotowawcze tej komisji, złożonej z trzech członków, a mianowicie Święcickiego, Jezierskiego, Łazarewicza rozłożone być musiały siłą rzeczy na dłuższy okres czasu. Niezmiernie szczęśliwą była uchwała tej komisji, powzięta z inicjatywy H. Święcickiego, ażeby organizację Wydziału Lekarskiego powierzyć prof. Adamowi Wrzoskowi. Wiedzą wszyscy, którzy byli tego świadkami, ile pracy, energji i trudu włożył prof. Wrzosek w organizację Wydziału Lekarskiego Uniw. Pozn. Wydział ten powstał w roku 1920. Minęło więc lat 15 od tego czasu, gdy uchwała naszego towarzystwa powzięta na listopadowem zgromadzeniu 1918 r. została przez prof. Adama Wrzoska urzeczywistniona.

Tak więc prof. Adam Wrzosek wypełnił uchwałę walnego zgromadzenia 1918 roku, a tem samem spełnił to, o czem marzyło kilka pokoleń lekarzy poznańskich. Wydział Lekarski T. P. N. na ostatniem posiedzeniu przyjął wniosek zarządu, aby prof. Adamowi Wrzoskowi dla uczczenia jego pracy w tę piętnastą rocznicę złożyć publiczne podziękowanie. Wzorując się na tradycji Wydziału, który swym zasłużonym członkom ofiarowywał dyplomy pamiątkowe, zarząd postanowił to podziękowanie panu prof. Wrzoskowi złożyć, wręczając mu dokument następującej treści:

„Wydział Lekarski Towarzystwa Przyjaciół Nauk w Poznaniu Adamowi Wrzoskowi, Doktorowi Medycyny, Profesorowi Uniwersytetu Poznańskiego, Członkowi Honorowemu Towarzystwa Przyjaciół Nauk w Poznaniu oraz licznych towarzystw naukowych, Doktorowi h. c. Uniwersytetu Stefana Batorego, Komandorowi Orderu Polonia Restituta, pierwszemu Dziekanowi Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Poznańskiego wyraża najwyższe uznanie i składa podziękowanie, iż uchwałę Wydziału Lekarskiego Towarzystwa Przyjaciół Nauk z dnia 26 listopada 1918 roku o utworzeniu Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Poznańskiego pomieniony Adam Wrzosek w czyn wprowadził i ogromem twórczej pracy temuż Wydziałowi trwałe fundamenty położył. Owe zasługi Profesora Adama Wrzoska około pomnażania dobytku kultury polskiej my niżej podpisani imieniem Wydziału Lekarskiego Towarzystwa Przyjaciół Nauk niniejszym dokumentem potwierdzamy i ogłaszamy w 15 rocznicę utworzenia Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Poznańskiego.

W Poznaniu, dnia 24 listopada 1935 roku.

Kazimierz Stojałowski sekretarz — *Leon Drożyński* wice-prezes — *Witold Kapuściński* prezes

Kazimierz Neyman wice-sekretarz — *Leon Konkolewski* skarbnik

* * *

Nie stracił Wydział Lek. T. P. N. bynajmniej na znaczeniu przez powstanie Wydz. Lekarskiego naszej uczelni, przeciwnie, pozyskawszy wybitnych członków w osobach profesorów i docentów medycyny działalność swoją rozszerzył. Życie Wydziału, które w czasie okupacji niemieckiej płynęło coprawda zwykle wartkim nurtem, ale czasem zamierało spowodu niekorzystnych warunków zewnętrznych, jak np. w czasie wojny, po przewrocie politycznym zaczęło rozkwitać w niebywałych dotąd rozmiarach. Pierwszym prezesem naszego Wydziału w odrodzonej Polsce był śp. dr. Tadeusz Dembiński, który jednak spowodu złego zdrowia z prezesury wkrótce ustąpił. Następcą jego został śp. prof. Adam Karwowski, który tak wybitną rolę odegrał w stosunkach lekarskich nietylko Wielkopolski, ale i całego kraju. O zasługach Jego społeczno-lekarskich szerzej mówić tu nie będę, gdyż wszyscy je znamy. Ale również jako prezes Wydziału utrwalił się w naszej pamięci. Spowodu licznych innych zajęć ustąpił z prezesury. Następny zarząd, z prof. Borowieckim jako prezesem, przez 6 lat pełnił swoje obowiązki. W tym okresie posiedzenia Wydziału stały się więcej urozmaicone, gdyż prof. Borowiecki zdołał pozyskać wybitnych wykładających nietylko z dziedziny samej medycyny, ale i z innych gałęzi nauk filozoficznych i przyrodniczych; wykłady te cieszyły się wielkiem powodzeniem. Za czasów jego prezesury Wydział zyskał wielu nowych członków, a przy współpracy z oddziałami różnych specjalności ogromnie podniósł swoje znaczenie. Wydział Lekarski T. P. N. jest obecnie bardzo liczny, posiada przeszło 250 członków, lecz skupia swoją działalność tylko w Poznaniu. Zarząd obecny postawił sobie między innemi za zadanie rozciągnąć działalność Wydziału na większe ośrodki lekarskie w zach. województwach, aby z niemi współpracować. W dążeniach tych pragnąłby zarząd znaleźć poparcie u wszystkich Szanownych Członków.

2. Prof. Dr. Adam Wrzosek (członek Wydziału) dziękuje Zarządowi Wydziału Lekarskiego za zaszczytne odznaczenie, lecz podkreśla, że przedewszystkiem pamiętać należy o tem, iż właściwym twórcą Wydziału był ten, który prowadził do życia Uniwersytet Poznański, pierwszy Rektor Heliodor Święcicki.

Prezes Prof. Dr. Kapuściński powołuje na przewodniczącego uroczystego zebrania prof. Dr. Pawła Gantkowskiego oraz na członków Prezydjum Dr. Narcyza Libecka oraz Dr. Tadeusza Szulca.

Przewodniczący zebrania udziela głosu prof. Dr. Emilowi Godlewskiemu z Krakowa celem wygłoszenia wykładu na temat *„Twórczość żywej przyrody a twórczość człowieka"*.

Prelegent scharakteryzował najpierw twórczość w świecie zwierzęcym w różnych jej objawch, a więc najpierw w rozwoju osobniczym, poświęcając specjalne uwagi podniecie rozwojowej i Speemanowskim organizatorom. Następnie mówił o zjawiskach regulacyjnych, które przecie stały się podwaliną witalizmu, wreszcie omawiał ewolucyjną historję rozwoju szczepowego, w szczególności mutacje i nowe doświadczenia nad ich sztucznem wywołaniem. Drugą część wykładu poświęcił twórczości ludzkiej. Analizował więc cechy wrodzone (genotyp) i zbiór ludzkich cech nabytych (paratyp), omawiał wpływy świata zewnętrznego, martwego i żywego. Podniósł wpływ ludzkiego otoczenia i sumowanie dorobku łańcucha pokoleń, scharakteryzował wpływ człowieka na martwy świat, na innych ludzi i na siebie samego. Zdolności porozumiewania się i sumowania dorobków pokoleń zawdzięcza człowiek swoje stanowisko w przyrodzie.

Prof. Gantkowski dziękuje prelegentowi za wygłoszony wykład, który był nietylko wspaniale opracowanym i wygłoszonym wykładem, lecz przeżyciem w świecie naukowym lekarskim Poznania.

Po posiedzeniu odbył się wspólny obiad w Bazarze przy udziale 24 osób.

Prezes: *W. Kapuściński.*
Sekretarz: *K. Stojałowski.*

Towarzystwo Lekarskie Częstochowskie.

Wycieczka do Lublińca (na Śląsku Górnym).

W dniu 2 czerwca Tow. Lekarskie odbyło zapowiedzianą zbiorową wycieczkę do Lublińca w celu zwiedzenia Śląskiego Zakładu Psychjatrycznego (największego na Śląsku, na 1000 chorych, mężczyzn i kobiet). Wyjechało autobusem miejskim dwudziestu kilku lekarzy. Wycieczkę powitał na miejscu Dyrektor Zakładu Dr. Emil Cyran w otoczeniu współpracowników koleżanek Marxen i Ratayskiej i kolegi Bardzika. Po zapoznaniu się z gośćmi zaproszono wycieczkę do posiłku, przygotowanego w dużej sali zakładowej. Poczem Dyrektor Zakładu w ciągu kilku godzin oprowadzał gości po rozległym Zakładzie, dając treściwe wyjaśnienia z historji poszczególnych gmachów

i ich obecnego przeznaczenia. Zakład w Lublińcu ma wiele cech godnych uwagi, jest on samowystarczalny gospodarczo: oprócz szeregu budowli rozległych, piętrowych posiada 1000 morgowy szmat ziemi uprawianej wzorowo i z plonów tej ziemi czerpie utrzymanie własne; posiada liczne warsztaty rzemieślnicze, w których pacjenci Zakładu produkują niemal wszystko, co jest niezbędne do życia; są tu warsztaty tkackie, szewskie, krawieckie, piekarnia i t. p. nadto duży dwór gospodarstwa rolnego.

Wycieczka pozatem zwiedziła wszystkie sale chorych, odnosząc wszędzie wrażenie świetlej, umiejętnej i energicznej ręki kierowniczej, która w osobie Doktora Cyrana prowadzi z powodzeniem ten niezwykły zakład leczniczy.

Przy posiłku pożegnalnym prezes Towarzystwa Lek. dał w swem przemówieniu wyraz sympatji i zadowolenia, jakich doznała wycieczka na terenie Zakładu, dziękując serdecznie za przyjęcie i gościnność Drowi Cyranowi, i jego współpracownikom. Opuszczaliśmy Zakład pokrzepieni na duchu przekonaniem, że polska gospodarka tu w Lublińcu okazała się wzorową.

K. Łokczewski.

Posiedzenie w dniu 22 czerwca 1935 r.
Przewodniczy: prezes kol. Łokczewski.

1) Prezes Łokczewski *wygłosił przemówienie* spowodu śmierci ś. p. magistra farmacji Edmunda Nowaka, który był ostatnim członkiem farmaceutą naszego T-wa.

Ś. p. magister Nowak urodził się w r. 1857 w Siewierzu, gimnazjum ukończył w Częstochowie, studja zawodowe w Petersburgu. W roku 1902 przybył do Częstochowy i nabył tu aptekę w Starym Rynku. Zmarły był jednostką wartościową, towarzyską, cenioną. Pracował wiele naukowo i społecznie, systematycznie walczył o podniesienie poziomu naukowego farmaceutów. Jako członek Tow. Lek. wygłosił szereg odczytów z zakresu chemji lekarskiej. W roku 1906 założył Koło Właścicieli aptek Zagłębia Dąbrowskiego i Częstochowy. W roku 1909 stał się inicjatorem pierwszego zjazdu farmaceutów z całej Kongresówki w Częstochowie. Brał czynny udział w opracowaniu Farmakopei Polskiej. Ze śmiercią ś. p. magistra Nowaka zeszedł z posterunku jeden z nielicznych naukowców na prowincji. Pamięć Zmarłego uczczono przez powstanie.

2) Kol. Franke *wygłosił odczyt „O uśpieniu zapomocą evipan-natrium“.*

Środek ten w ostatnich latach stosuje się do usypiania w postaci zastrzyku dożylnego. Referent omówił własności chemiczne i fizyczne evipanu, jego działanie na ustrój, dawkowanie, które nie może być szablonowe, powinno raczej się miarkować podczas wstrzykiwania i obserwacji chorego, uwzględniając wiek, konstytucję i rodzaj choroby. Jako dawkę usypiającą przeciętną prelegent przyjmuje od 7 cm^3 do 10 cm^3 — 10% roztworu *evipan-natrium.*

Następnie podał prelegent przeciwwskazania do stosowania tego środka, przygotowania do uśpienia, technikę stosowania, zachowanie się chorego podczas narkozy, wzory dawkowania. Przytoczył statystykę zabiegów operacyjnych, dokonanych w uśpieniu ewipanowem w Szpitalu N. Marji Panny w Częstochowie, i na podstawie własnych przypadków doszedł do wniosku, że

1) uśpienie evipan-natr. jest dobre i prawdopodobnie znajdzie szersze zastosowanie;
2) nie działa trująco, o ile nie przekroczymy dawki usypiającej;
3) łatwo daje się stosować;
4) nie powoduje powikłań płucnych, stanowiących pewien odsetek śmiertelności po narkozie inhalacyjnej;
5) uśpienie jest mniej przykre dla chorego, niż narkoza inhalacyjna;
6) uśpienie to pozwala na łatwe operowanie twarzy.

W dyskusji koledzy Kon-Kolin, Wajnbaum, Dykierowa zapytywali o przypadki, w jakich stosowano narkozę ewipanową i o powikłania. Kol. Łokczewski na podstawie wiadomości z prasy zaznacza, że *evipan-natrium* nie jest środkiem odpowiednim dla jednostek młodych i silnych i daje uśpienie niedługo trwające.

3. Kol. Łokczewski odczytał referat z *prasy francuskiej „o nowych poglądach w klimatoterapji gruźlicy płuc“.*

Leczenie klimatyczne gruźlicy płuc pomimo doświadczenia wieków nie ma w gruncie rzeczy uzasadnienia naukowego. Sam podział klimatów na górski, równinny i morski nie wytrzymuje krytyki, ponieważ żadna z tych odmian klimatu nie ma w żadnym kraju i warunkach cech stałych, niezmiennych. Popularnie uznawanych własności pobudzających klimatu górskiego, kojących — klimatu równin i szkodliwości dla gruźlików klimatu morskiego również nie można przyjąć bez zastrzeżeń. Wobec chwiejności przyjętych zasad trudno dziś zarówno tłumaczyć działanie klimatu w gruźlicy płuc, jak i precyzować wskazania do stosowania. Tu wylania się kwestja *czynnika istotnie działającego* w gruźlicy płuc. Ponieważ czynniki, dotychczas brane pod uwagę, dodajmy — łatwo uchwytne, jak ciepłota, naświetlanie, wiatry, wilgotność, ciśnienie barometryczne, nie dają nam wytłumaczenia faktów — Dr. Chaize, lekarz sanatorjum w Cambo (w Pirenejach francuskich) przeprowadził badania nad wpływem zmian jonizacji powietrza na krwioplucie i wykazał, że każdej zmianie jonizacji w kierunku ujemnym odpowiada u chorych krwioplucie i wzmożenie odruchu oczno-sercowego *(hypersympathicotonia).* Spostrzeżenia te zostały sprawdzone i w innych sanatorjach. O ile krzywa jonizacji w danej miejscowości podlega większym i nagłym wahaniom — klimat taki uznać musimy jako pobudzający, czynny bez względu na warunki geograficzne, miejscowe. I odwrotnie, gdzie krzywa jonizacji wykazuje równowagę — klimat będziemy uważali jako kojący. Zamiast więc mówić o klimatach górskim, równinnym i morskim mówić należy odtąd o klimatach czynnym, pobudzającym i kojącym. Wskazania zaś do klimatycznego leczenia gruźlicy muszą odpowiadać konstytucji chorego, potrzebującej podniety lub nie. (streszczenie własne).

W dyskusji zabierali głos Koledzy: Szaniawski, Wajnbaum, Dykierowa, Bram, Lipiński, Secomski i Bataura. Zdaniem kol. Szaniawskiego wskazania do leczenia klimatycznego, poruszone przez prelegenta, dotyczą nietylko do gruźlicy płuc, ale i do innych schorzeń.

Kol. Wajnbaum sądzi, że przy wysyłaniu chorych do leczenia klimatycznego nie należy się kierować samym tylko klimatem, ale klimatobiologją i biologją człowieka. Podkreśla znaczenie dla przebiegu gruźlicy układu wegetatywnego i gruczołów o wydzielaniu wewnętrznym (tarczyca).

Kol. Bram: do leczenia klimatycznego często wysyłano chorych z t. zw. apicitami; u tych chorych sprawa swoista dawno wygasła i poprawiali się oni zawsze, ponieważ na gruźlicę niebyli chorzy. Przebieg gruźlicy jest niezależny od położenia sanatorjum; obecnie otwiera się sanatorja dla gruźlików na nizinach. W naszych warunkach miejscowych, w naszym Sabinowie pewien odsetek gruźlików, poprawia się pomimo warunków niekorzystnych.

Kol. Secomski interesuje się wpływem klimatu na przemianę materji.

Posiedzenie w dniu 21 września 1935 r.
Przewodniczy: prezes Kol. Łokczewski.

Kol. Wilner (z Warszawy) *wygłosił odczyt: „Hormony przysadki mózgowej“.* .

W dyskusji przemawiali Koledzy Łokczewski, Wajnbaum i Wajnbaumowa.

Sekretarz: *Cz. Grzybowski.*

Towarzystwo Lekarskie Łódzkie.

Protokół posiedzenia z dnia 18 grudnia 1935 roku.

1. Kol. Bemer K. *omówił nową metodę zdjęć promieniami Roentgena, tak zwaną metodę planigraficzną.*

Metoda jest kosztowna; wymaga drogiej aparatury i szeregu zdjęć u jednego osobnika, ale metoda ta wykrywa zmiany, które przy metodzie zwykłej nie dają się stwierdzić. Kol. Bemer przedstawił szereg zdjęć płucnych, dokonanych nową metodą.

2. Kol. Frenkiel zwrócił się do zebranych z wnioskiem Zarządu o nadanie godności Członka Honorowego kol. Emanuelowi Sonnenbergowi, jednemu z najstarszych członków Towarzystwa, byłemu długoletniemu członkowi Zarządu Towarzystwa, którego prace naukowe zdobyły szerokie uznanie w świecie lekarskim, zarówno w kraju, jak i zagranicą. Wniosek przyjęto przez aklamację.

Kol. J. Chrzanowski *wygłosił odczyt p. t.: Przypadek ostrego zaniku trzustki.*

Chory, 45 lat, wśród pełnego zdrowia nagle dostał gwałtownych bólów w nadbrzuszu z promieniowaniem do lewego podżebrza, mniej do prawego. Bólom towarzyszyły mdłości i wymioty. Ponieważ bóle nie ustępowały nawet po dużych dawkach morfiny, chorego przewieziono do szpitala. Rok temu w ciągu 6 tygodni chorował na kamicę żółciową i zapalenie pęcherzyka żółciowego.

Chory niespokojny, sinawe zabarwienie skóry, głównie na twarzy; białkówki podbarwione na żółto. Akcja serca szybka, tony serca głuche. Tętnice słabo napełnione, tętno miarowe 124/min. Wątroba wystaje spod prawego podżebrza na szerokość 2 palców, bolesna przy obmacywaniu. Ciepłota 37.2^0. Diastaza w moczu 8192^0, cukier w moczu — ślad, we krwi — 292 mg %, bilirubiny we krwi 8,3 mg, zawartość cholesteryny 106 mg %. Odczyn Ta-

katy dodatni, ilość białych ciałek krwi 15.400 w 1 mm³. Stan chorego po krótkotrwałej poprawie zaczął stopniowo pogarszać się: po tygodniu ciepłota podniosła się do 39°, zjawiły się krwawe wymioty. W 3 tygodniu choroby zdecydowano się na zabieg operacyjny; następnego dnia po operacji chory zmarł. Rozpoznanie sekcyjne: *cholelithiasis vesicae felleae, cholecystitis chron. Necrosis et gangraena corporis et caudae pancreatis; cytosteatonecrosis capitis pancreatis. Peritonitis diffusa purulenta. Hepatitis interstitialis subacuta; petechiae pleurae, pericardii et epicardii.* (Streszczenie własne).

W dyskusji nad odczytem zabierali głos kol. Uryson, Janik, Kalisz i prelegent.

4. Kol. Z. Szczech *wygłosił odczyt pod tytułem: Przypadek marskości wątroby.*

Przypadek ten został przedstawiony dlatego, że powszechnie uważa się, iż puchlina brzuszna występuje na drodze mechanicznej w stanach stwardnieniowych daleko posuniętych. Okazuje się jednak, że jest inaczej, a mianowicie, że czynnik mechaniczny nie przoduje, lecz wchodzą tu w grę czynniki koloidowochemiczne, drobinowoosmotyczne i inne, których narazie nie znamy, ale których istnienie przypuszczamy. (Streszczenie własne).

5. Kol. A. Stiller *wygłosił odczyt p. t.: Przypadek zatrucia atofanem.*

U chorej, lat 35, po tygodniowem zażywaniu atofanu w dawce 4,0 g dziennie wystąpiła żółtaczka, powiększenie wątroby, wymioty. W dalszej obserwacji zjawiły się objawy hepatargji, które po kilku dniach ustąpiły. Dodatni odczyn Takaty utrzymywał się przez cały czas pobytu chorej w szpitalu. Przypadki zatrucia atofanem nie są częste. Autorzy amerykańscy uważają, że nietyle same dawki atofanu, ile usposobienie ustroju odgrywa decydującą rolę w wystąpieniu zatrucia. Doświadczalnie nie udało się wywołać żółtaczki atofanem; atofan znacznie odbiega w swej budowie chemicznej od innych związków np. toluendiaminy, któremi zwykle udaje się wywołać żółtaczkę. (Streszczenie własne).

6. Kol. M. Dawidowicz *wygłosił odczyt p. t.: Przypadek martwicy kończyny dolnej po zatruciu sublimatem.*

Mężczyzna, lat 49, zażył w celach samobójczych 6 pastylek sublimatu, obficie popijając wodą. W 4 godziny po zatruciu poczuł drętwienie w lewej stopie. Nigdy dawniej żadnych dolegliwości lub bólów w kończynach nie odczuwał. Po kilku godzinach wystąpił silny ból, a następnie zupełnie zdrętwienie i zniezczulenie całego podudzia. Stan chorego na skutek zatrucia z każdym dniem się pogarszał. Wystąpiły bezmocz, krwawe stolce, ciągłe wymioty. Na podudziu lewem na 4 dzień wyraźnie się zaznaczyła martwica, obejmująca dolne 2/3 podudzia. Chory zmarł na 11 dzień. Badanie pośmiertne, poza zmianami typowemi dla otrucia sublimatem, wykazało zakrzep tętnicy goleniowej przedniej lewej na wysokości 2/3 podudzia. Badanie anatomo-patologiczne (Dr. K. Ściesiński) nie potrafiło ustalić związku przyczynowego między otruciem sublimatem i wytworzeniem się zakrzepu naczyniowego. Przypadek jest interesujący ze względu na wyjątkowe wystąpienie obu tych spraw i brak podobnego przypadku w piśmiennictwie światowem. (Streszczenie własne).

W dyskusji zabierali głos kol. Tenenbaum i prelegent.

6. Kol. W. Bem *wygłosił odczyt p. t. Przypadek zmian w mięśniu sercowym po zatruciu sublimatem.*

Chory E. W., lat 35, po piątym zastrzyku neosalwarsanu zemdlał i w stanie ciężkim został przywieziony do szpitala im. Prez. Mościckiego w dniu 1. V. 1935 r.

W 1925 r. kiła. Od kwietnia tego roku przeprowadzano 15 kurację, ponieważ WA robiony w marcu wypadł dodatnio. Przedtem nigdy nie chorował i do ostatniej chwili pracował jako tkacz. W chwili przybycia do szpitala stan bardzo ciężki. Tętno drobne, szybkie, słabo macalne, trudno obliczyć. Sinica warg i płatków uszu. Skóra blada, kończyny górne i dolne zimne. Na czole świeże otarcie naskórka wielkości pięciozłotówki. Źrenice szerokie, leniwie oddziaływują na światło i akomodację.

Płuca bez zmian.

Serce: granice prawidłowe, uderzenie koniuszkowe niewyczuwalne, tony serca prawie niesłyszalne, zupełnie głuche. Ciśnienie krwi 100/75.

Jama brzuszna bez zmian.

Po zastosowaniu środków nasercowych stan chorego po paru godzinach poprawił się. Tętno 120, jednak słabo napięte i wypełnione. Sinica mniejsza. Dokonano zdjęcia elektrokardjograficznego; z krzywej wynika uszkodzenie mięśnia sercowego (T_1 wysokość 1 mm, T_2 wysokość 2 mm, T_3 wysokość 1 mm). W moczu urobilinogen +. Codzienna kontrola elektrokardjograficzna. Chory z dnia na dzień poprawia się tak, że po 6 dniach tony serca są głuche, ale już dobrze słyszalne. Ciśnienie krwi 120/90. Tętno 84. EKG z dnia 10. V.: T_1 wysokość 2 mm, T_2 wysokość 3 mm, T_3 wysokość 1 mm. Mocz bez składników patologicznych. EKG z dnia 20. V.: T_1 wysokość 3 mm, T_2 wysokość 4 mm, T_3 1 mm. Tony serca głuchawe. Ciśnienie krwi 125/85. Tętno 64 (reg.).

Chorego wypisano ze szpitala w stanie dobrym. W pierwszych dniach grudnia zgłosił się do ponownego badania, podaje, że po opuszczeniu szpitala czuł się dobrze i żadnych dolegliwości nie odczuwał.

Badanie wykazało: Tony serca dobrze słyszalne, częste. Cech przerostu lewej komory nie stwierdza się. Ciśnienie krwi 130/85. Tętno 84 (reg.).

EKG norma: T_1 wysokość 3 mm, T_2 wysokość 4 mm, T_3 wysokość 1 mm. (Streszczenie własne).

W dyskusji nad odczytem kol. Frenkiel zapytuje, czy chory nadal otrzymywał salwarsan; uważa bowiem, że objawy zatrucia salwarsanem nie stanowią przeciwwskazania dla późniejszego dalszego ostrożnego stosowania salwarsanu. W przypadkach poronnych zapalenia mózgu posalwarsanowego chorzy bez szkody znosili stosowanie późniejsze salwarsanu w mniejszych dawkach.

Kol. Wołożyńska widziała przypadek, w którym podczas leczenia salwarsanowego po 4 zastrzyknięciu nastąpił wstrząs, który minął po 2 godzinach. Gdy po pewnym czasie otrzymał ponowne zastrzyknięcie w dawce mniejszej — nastąpił nowy wstrząs.

7. Kol. Chrzanowski *wygłosił odczyt p. t.: Przypadek częstoskurczu napadowego komorowego.*

Chory, lat 22, przed 2 miesiącami nagle dostał bicia serca, które trwało kilka godzin. Podczas napadu bicia serca samopoczucie złe, wymioty, duszność. W dwa miesiące później ponowny napad i w czasie napadu w stanie ciężkim chory został skierowany do szpitala. Ucisk na gałki oczne, na zatoki tętnic szyjnych, zastosowanie dożylne strofantyny okazały się bezskuteczne, dopiero podanie dożylne 0,2 *chin. bimur.* napad częstoskurczu przerwało. Lekka sinica skóry. Akcja serca bardzo szybka, powyżej 200/min., podmuch skurczowy nad koniuszkiem serca. Wątroba wystaje spod prawego łuku żebrowego na szerokość 2 palców, tkliwa przy obmacywaniu. Kończyny bez obrzęków. EKG dokonany podczas napadu częstoskurczu wykazał wszystkie cechy częstoskurczu pochodzenia komorowego ze wstecznem P, drugi EKG, dokonany po ustąpieniu napadu wykazał skurcze dodatkowe lewokomorowe, pozatem zespoły prawidłowe. (Streszczenie własne).

W dyskusji zabierali głos kol. Bender, Gliksman i prelegent.

8. Kol. A. Bender *wygłosił odczyt p. t.: Przypadek pęknięcia tętniaka tętnicy głównej.*

Sekretarz: *Dr. A. S. Tenenbaum.*

Międzynarodowy Kongres Lekarzy Katolików w Wiedniu. (28. V — 2. VI. 1936).

Od 50 lat istniejące Bractwo św. Łukasza, Koźmy i Damiana liczy w całej Francji już pszeszło 2000 członków. Na wzór jego powstały w Anglji, Belgji, Holandji, Hiszpanji, Włoszech, Szwajcarji, w Niemczech, Austrji i na Węgrzech Bractwa św. Łukasza, a przed trzema laty w Polsce Zjednoczenie Polskich Lekarzy Katolików, które w Warszawie, Poznaniu, Wilnie i Lwowie ma już zorganizowane Koła oraz nielicznych członków rozsianych po kraju ogółem w liczbie przeszło 100. Dla wszystkich powyższych organizacyj istnieje „Biuro centralne organizacyj narodowych", które z wielką ofiarnością prowadzi w Paryżu Dr. Octave Pasteau. Biuro to zwołało w r. 1935 Pierwszy Kongres Międzynarodowy Lekarzy Katolików do Brukseli, a drugi Kongres w r. b. do Wiednia.

Na Kongres ten zjechało się z krajów wyżej wymienionych przeszło 100 lekarzy i kilkudziesięciu księży i zakonników, pomiędzy którymi było kilku misjonarzy. Pierwszy dzień Kongresu poświęcony był eugenice i sterylizacji, która w Trzeciej Rzeszy Niemieckiej otrzymała sankcje prawne i poruszyła na nowo opinję całego świata lekarskiego. Kongres, otwarty przez Dr. Höfera, organizatora jego w Wiedniu, powitał w imieniu Ojca św. Dr. Augustyn Gemelli, Franciszkanin, Profesor psychologji eksperymentalnej i Rektor Uniwersytetu Katolickiego w Medjolanie, który też wygłosił wykład p. t.: „Braki i niepewności eugeniki jako uzasadnienie bezpodstawności sterylizacji zapobiegawczej", przedstawiając stanowisko Kościoła Katolickiego, dając zarys eugeniki i eugenetyki oraz ich przeciwieństw, uwypuklając znaczenie studjów nad dziedziczeniem, opisując geny i ich prawa, przeciwstawiając dziedziczenie światu otaczającemu oraz dziedziczeniu rzekomemu, przedstawiając zastosowanie genetyki na człowieku, eliminację umysłowo niedorozwiniętych i zbrodniarzy

i dziedziczenie chorób umysłowych. Potem Dr. Ludwik Vervaeck z Belgji mówił „O kastracji z punktu widzenia leczniczego, prawniczego, społecznego i moralnego", opierając się na licznych przesłankach historycznych i statystyce, podkreślając ujemne następstwa organiczne, fizjologiczne i patologiczne kastracji oraz wpływ na życie płciowe.

Następnie Dr. E. A. D. E. Carp, profesor psychiatrji na Uniwersytecie w Leyden (Holandja), mówił na temat „Sterylizacja w sensie negatywnej eugeniki", obawiając się u sterylizowanych uczucia nienawiści do społeczeństwa za ich napiętnowanie, która może się przejawić w rozruchach a przynajmniej we wzroście przestępczości. Dr. Octave Pasteau z Paryża przedstawił w swym referacie p. t. „Sterylizacja państwowa i materjalizm" ścisły związek, jaki niewątpliwie istnieje pomiędzy tak głęboko w życie jednostki sięgającym zabiegiem a materjalistycznym światopoglądem na życie i człowieka jako narzędzie wytwórczości. Dr. med., phil. et jur. Albert Niedermeyer, kierownik działu opieki nad matką ciężarną przy Magistracie m. Wiednia, wygłosił nadzwyczaj wszechstronnie opracowany referat p. t. „Sterylizacja przed forum naukowem i moralnem", w którym po bardzo dokładnem rozważeniu wszystkich przesłanek naukowych i ścisłych rozważaniach logicznych doszedł do wniosku, że „sterylizacja jest nietylko niezdatna do podniesienia substancji dziedzicznej, lecz jest eksperymentem szkodliwym i niebezpiecznym". Wkońcu Dr. Paweł Gantkowski, em. prof. higjeny Uniwersytetu Poznańskiego, przedstawił „Poglądy polskich lekarzy katolików na niekatolicki bieg myśli w nowoczesnej eugenice i higjenie społecznej", które są bezwzględnie ujemne wobec sterylizacji.

Drugą część Kongresu poświęcono opiece lekarskiej na misjach katolickich. Ogólny pogląd na rozwój tej opieki dał O. P. Bosslet, zastępca dyrektora Instytutu Misyjno-Lekarskiego w Würzburgu, którego działalność została szczegółowo przedstawiona. Instytut ten wydaje od kilku lat „Rocznik misyjno-lekarski", obejmujący 5—6 arkuszy druku i zajmujące ilustracje z misyj. Następnie Dr. Fernandès-Villela z Belgji mówił „O higjeniczno-lekarskiem przygotowaniu misjonarzy", którzy spotykają się z najróżniejszemi chorobami u tubylców i muszą im choć doraźnie pomagać, a sami siebie i owieczki swoje strzec o ile możności od różnych chorób zakaźnych. Potem sekretarka Kongresu, Doc. histol. Zarwisch odczytała referat, nadesłany z Indyj Brytyjskich przez Siostrę Dr. Marję od Najświętszego Serca Jezusowego, „O misji lekarskiej Towarzystwa Jezusa, Marji i Józefa w Guntur (Indje Bryt.)". Następnie Dr. Octave Pasteau z Paryża, sekretarz Biura Centralnego, który na pierwszym Kongresie w Brukseli wygłosił bardzo zajmujący referat p. t. „Co należy czynić, aby rozwijać pomoc lekarską na misjach?", drukowany w piśmie belgijskiem „*L'aide médicale aux Missions*" z lipca 1935 r., przedstawiający nadzwyczaj zajmującą statystykę szpitali, przychodni, trądowni i przytułków w krajach misyjnych, tym razem mówił „O badaniach lekarskich misjonarzy i praktycznem ich wykonaniu", stawiając postulat, aby każdy misjonarz był starannie badany przez odpowiednich lekarzy dla określenia jego przydatności w poszczególnych krajach zależnie od jego właściwości ustroju zarówno przed wyjazdem na misje, jak również co pewien czas podczas pracy, gdyż bez tych badań misjonarze marnują przedwcześnie swe zdrowie i wstrzymują tem samem rozwój misyj. Potem Dr. Elio Borghesse z Padwy przedstawił „Udział włoskich lekarzy w Misjach Katolickich", cytując wiele nazwisk i cyfr, obrazujących ten udział. Wkońcu Dr. Franciszek Ksawery Cieszyński z Warszawy omówił „Działalność misyjno-lekarską polskiej prefektury apostolskiej w Schuntchfu (Chiny Północne, Prow. Hopei), rozwijaną przez Ks. Dr. Wacława Szuniewicza", który rozpoczął swą pracę lekarską jako okulista w Rosji a zwłaszcza w Woroneżu, od r. 1920—1927 rozwijał nadzwyczaj owocną działalność organizacyjno-lekarską, jako wzięty pedjatra w Wilnie, od 1927—1930 odbył studja teologiczne u Ks. Ks. Misjonarzy w Krakowie a w r. 1931 rozpoczął swą wspaniałą i wprost nadludzką pracę organizacyjno-lekarską jako okulista a wkońcu również jako pedjatra na polskiej placówce misyjnej w Chinach, lecząc setki tysięcy chorych ocznych i szkoląc setki pielęgniarzy i pielęgniarek oraz wielu lekarzy chińskich. Wspaniałe owoce tej pracy, przynoszącej olbrzymią sławę jej wykonawcy i polskiej placówce misyjnej, wyróżnianej przez wizytatorów apostolskich i misjologów katolickich, są podwójne: lekarskie i misyjne, gdyż leczą ciała i zjednują serca setek tysiecy Chińczyków dla Chrystusa, dla kultury europejskiej oraz imienia Polski.

Obrady odbywały się w najstarszym i najwiekszym klasztorze wiedeńskim „*schottenstift*", założonym w r. 1158 przez Benedyktynów szkockich oraz irlandzkich a od r. 1418 zamieszkiwanym przez Benedyktynów niemieckich, którzy w latach 1638—1662 wybudowali piękny i olbrzymi kościół w stylu późnego renesansu włoskiego. W drugim dniu Kongresu podczas odczytu Dr. Pasteau przybyły Dr. Teodor Innitzer, Kardynał wiedeński, który nie mógł być na otwarciu, z czego uniewinniwszy się, powitał serdecznie wszystkich uczestników, życzył owocnych obrad i zagaił następnie dyskusję nad odczytami, która zajęła całe popołudniowe posiedzenie drugiego dnia obrad. Podkreślić w niej należy przemówienia: Prof. Gantkowskiego, który w związku z odczytem Dr. Fernandès-Villela z Belgji „O higjeniczno-lekarskiem wyszkoleniu misjonarzy" przestrzegał przed niem, gdyż medycynę studjować trzeba przynajmniej 6 lat i jeszcze nic się nie wie, jeżeli nie ma się dostatecznego doświadczenia, oraz głos Dr. Beckmana z Belgji, który przytoczył życzenie Ojca św., aby kobiety coraz liczniej studjowały medycynę a następnie mężatkom pomagały przy porodach i wychowywaniu ich dzieci.

W następnych dwóch dniach czyli w Zielone Święta odbyła się śliczna wycieczka autokarami do wspaniałych klasztorów w Heiligenkreuz, Mariazell i Melk, z których Mariazell w Austrji odgrywa rolę naszej Jasnej Góry. We wtorek poświąteczny zrana odbyło się zebranie końcowe, na którem uchwalono rezolucje, zobrazowano rozwój narodowych towarzystw lekarzy-katolików oraz ich biura centralnego i przygotowania do następnego Kongresu, który na życzenie Ojca św. ma odbyć się na Wielkanoc 1937 r. w Rzymie jeszcze przed zamknięciem ogólno-światowej wystawy prasy katolickiej, otwartej w kwietniu r. b. Po zakończeniu obrad odbyła się jeszcze wycieczka do klasztoru Augustjanów w Klosternenburg położonego na północ od Kahlenbergu a założonego w r. 1106 przez św. Leopolda, patrona Austrji. Kliniki oraz Zakłady naukowe we Wiedniu zwiedzano przez cały dzień przed obradami zbiorowo a indywidualnie po skończonym Kongresie.

Dr. med. Franciszek Ksawery Cieszyński (Warszawa).

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Różne.

Z kraju.

Zarząd Miejski w Otwocku opracował obecnie zestawienie obrazujące duży wzrost frekwencji gości i kuracjuszy przybywających corocznie do Otwocka. Ciekawie przedstawia się równocześnie wzrost wpływu z taksy kuracyjnej, która, pomimo że została znacznie w ostatnich latach obniżona i dostosowana do możliwości płatniczych kuracjuszy, wzrosła w stosunku do roku 1928, który uchodził przecież za rok najlepszej konjunktury gospodarczej.

Rok	Liczba ludności stałej	Liczba kuracjuszy	Wpływ z taksy
1928	12.185	16.420	89.781
1929	12.811	14.813	128.941
1930	13.296	13.674	100.248
1931	14.530	13.231	82.610
1932	12.955	17.905	93.154
1933	16.400	23.077	80.045
1934	17.126	26.094	94.193
1935	17.363	29.393	105.728

Lekarze w kąpieliskach nadmorskich na Helu pobierają za wizytę 15 zł, za następne 8 do 10 zł.

W dniu 15 sierpnia b. r. została otwarta w Krakowie w gmachu Akademji Górniczej Wystawa Turystyczno-Uzdrowiskowa. Udział w Wystawie wzięły Związek Uzdrowisk Polskich oraz 34 uzdrowiska. Bogato ujęty dział uzdrowiskowy i po raz pierwszy występujący dział letniskowy zajęły I i II piętro gmachu Krakowskiej Akademji Górniczej.

Przed paru dniami opuściła prasę pierwsza w literaturze polskiej kulinarnej — książka p. t. „Kuchnia Dietetyczna" opracowana przez polskie specjalistki w tej dziedzinie dr. Natalję Górską, Janinę Lewandowską, mag. Marję Morzkowską i inż. Marję Romanowską. Książka zaopatrzona jest w przedmowę wybitnego znawcy polskiej balneologji doc. dr. Antoniego Sabatowskiego. Autorkami powyższej książki są współpracowniczki pierwszego w Polsce Liceum Dietetycznego w Inowrocławiu, które ma na celu kształcenie specjalistek w dziedzinie kuchni dietetycznej. Dietetyka bowiem, jako nauka o właściwem odżywianiu człowieka w różnych okresach jego życia, jest wiedzą, która w ostatnich czasach żywo się rozwija, starając się wyzyskać każdą nową zdobycz wiedzy lekarskiej, rozjaśniającą chemizm ustroju ludzkiego. Książka składa się z 6 rozdziałów. I rozdział mówi o potrzebach organizmu i roli poszczególnych składników pokarmo-

wych w żywieniu. II rozdział — o trawieniu i przemianie materji. III rozdział poświęcono towaroznawstwu, IV rozdział — dietetyce, V rozdział mówi o przyrządzaniu pokarmów, zaś VI i ostatni — całkowicie poświęcono przepisom potraw. Książka obejmuje 465 stron druku, zawiera kilkanaście tablic i rysunków, a wydana została nakładem Księgarni Katolickiej Fundacji Twardowskich w Poznaniu.

Solec Zdrój przesłał na ręce Pana Wojewody Kieleckiego złotych 300 na Fundusz Obrony Narodowej. Pieniądze te pochodzą częściowo z koncertu urządzonego specjalnie na powyższy cel, a częściowo stanowią ofiarę złożoną dobrowolnie przez Zarząd Zakładu.

Zakopane pragnąc przyczynić się również do zwiększenia F. O. N. uchwaliło przeznaczyć 1% od wpływu z taksy kuracyjnej na Fundusz Obrony Narodowej.

Choroby zakaźne w Polsce w czasie od 17. V. do 13. VI. 1936:

Choroby	Tydzień 21 17—23/V	Tydzień 22 24 30/V	Tydzień 23 31/V—6/VI	Tydzień 24 7—13/VI
Ospa	—	—	—	—
Dur brzuszny	153 *9*	167 *16*	188 *15*	160 *6*
Dury rzekome	1	—	—	—
Dur plamisty	110 *4*	86 *5*	89 *3*	85 *4*
Dur powrotny	—	—	—	—
Czerwonka	16	11 *1*	14 *1*	14
Płonica	294 *5*	285 *11*	279 *4*	298 *14*
Błonica	277 *4*	263 *17*	284 *17*	246 *12*
Nagm. zap. opon m.-rdz.	27 *6*	28 *3*	22 *3*	27 *5*
Odra	1029 *2*	1001 *12*	1011 *8*	624 *10*
Krztusiec	154 *3*	367 *9*	223 *5*	292 *13*
Zimnica	10	19	13	21
Zakażenie połogowe	34 *14*	32 *10*	24 *7*	17 *5*
Choroba Heine-Medina	2	2	—	—
Nagm. zap. mózgu	—	—	1 *1*	—
Choroba Banga	—	1	—	—
Trąd	—	—	—	—
Gruźlica	545 *174*	586 *197*	470 *194*	499 *178*
Róża	85 *6*	104 *8*	98 *2*	103 *2*
Jaglica	559	776	586	652
Twardziel	15	1	2	2
Wąglik	2 *1*	—	2	1
Nosacizna	—	—	—	—
Włośnica	—	—	16	3
Wścieklizna	—	—	—	—

Liczby pochylone oznaczają zgony.

Związek Uzdrowisk Polskich z prawdziwą troską i zainteresowaniem zajmuje się wprowadzeniem w uzdrowiskach racjonalnej kuchni dietetycznej, będącej zdaniem lekarzy jednym z poważniejszych czynników leczniczych uzupełniających kuracje. Dowiedzioną jest bowiem już rzeczą, że pełne wyniki odnosi kuracjusz dopiero wówczas w zdrojowisku, kiedy odżywia się racjonalnie według przepisów lekarza, to znaczy stosuje w pełnem tego słowa znaczeniu kuchnię dietetyczną. Pensjonaty i restauracje uzdrowiskowe reklamują coprawda od szeregu lat, że prowadzą kuchnie dietetyczne, jest to jednak tylko ograniczenie kuchni do pewnych potraw, bez racjonalnego ich przygotowania. W związku z poważną rolą, jaką odgrywa dietetyka w zdrojolecznictwie, powstała przed 4 laty w Inowrocławiu pierwsza w Polsce i jak dotąd jedyne Liceum Dietetyczne. Kurs w Liceum trwa 2 lata, po których następują obowiązkowa 6 miesięczna praktyka w szpitalu lub sanatorjum. Warunkiem przyjęcia jest ukończenie 6 klas szkoły średniej ogólnokształcącej. Liceum ma na celu kształcenie fachowych sił dla szpitali, sanatorjów i pensjonatów dietetycznych. Daje się zauważyć duży odsetek zatrudnienia absolwentek Liceum, które po odbyciu praktyki i złożeniu egzaminu otrzymują dyplom. Przeciętna liczba słuchaczek waha się corocznie około 50, z których wszystkie niemal otrzymują po skończeniu Liceum posady. Wpływa na to brak konkurencji w tej chwili na rynku, absolwentki bowiem Liceum wychodzą ze szkoły jako jedyne kwalifikowane kierowniczki działu gospodarczego szpitali, sanatorjów oraz pensjonatów. Program nauczania w Liceum obejmuje następujące przedmioty: anatomja, fizjologja i patologja trawienia, higjena żywienia, nauka o dietetyce, chemja, gotowanie, towaroznawstwo, geografja gospodarcza, rachunkowość, korespondencja, prawo handlowe, stenografja, język obcy, administracja szpitalnictwa, ubezpieczenia społeczne, ustawodawstwo pracy, nauka obywatelstwa i jako przedmiot nieobowiązkowy pisanie na maszynach.

Czechosłowacja.

Czechosłowacki minister zdrowia przedstawił projekt utworzenia, wspólnie z ministerstwem oświaty, klinik chorób zawodowych przy uniwersytetach czechosłowackich.

Anglia.

Na dorocznym zebraniu Stowarzyszenia fabryk akumulatorów elektrycznych w Anglii, wygłoszono sprawozdanie z wyników jakie dało zaprowadzenie opieki lekarskiej w fabrykach. Według informacyj, zamieszczonych w „The Times" każda z fabryk akumulatorów posiada lekarza fabrycznego, dentystę i pielęgniarkę. Od czasu wprowadzenia opieki lekarskiej liczba wypadków przy pracy spadła do połowy, zmniejszyła się także wybitnie liczba zawodowych zatruć ołowiem oraz chorób zakaźnych. Koszty opieki lekarskiej zostały wyrównane przez zmniejszenie składek ubezpieczeniowych na wypadek choroby i wypadków przy pracy, jakie ponosiły fabryki. Dochodzi do tego zwiększenie sprawności i zdolności do pracy robotnika, dzięki podniesieniu stanu jego zdrowia.

Syndykat robotników przemysłu włókienniczego w Anglii zebrał interesujące dane o wpływie pyłu bawełnianego na zdrowie robotników. Według przeprowadzonej ankiety 20% robotników, zatrudnionych w przędzalniach bawełny cierpi na choroby narządów oddechowych, wywołane działaniem pyłu. Najbardziej narażeni są robotnicy zatrudnieni przy t. zw. zgrzeblarkach. Syndykat robotników zwrócił się w maju r. b. do Ministerstwa Spraw Wewnętrznych z projektem ubezpieczenia robotników narażonych na szkodliwe działanie pyłu bawełnianego, jako choroby zawodowej. W tym celu zostanie powołana z ramienia Ministerstwa specjalna komisja, która zbada powyższe zagadnienie.

Komunikaty.

Polski Związek Przeciwgruźliczy otrzymał wiadomość, że X Zjazd Międzynarodowego Związku Przeciwgruźliczego, który miał się odbyć w roku bieżącym, w dniach 7—9 września, w Lizbonie, został odłożony. O dacie Zjazdu nastąpi oddzielne zawiadomienie.

Sprostowanie.

W Nr. 34. z r. 1936. P. G. L., str. 671, 1 szpalta, 19 wiersz od dołu, w ocenie dzieła Dr. J. Schiera, zaszła pomyłka drukarska. Polega ona na tem, że *zamiast 1 : 10—2000 ma być 1 : 10*—2000.

Na str. 427 P. G. L. pod sprawozdaniem „Szybkie wyjaławianie zmian kiłowych pod wpływem dużych dawek bizmutu" ma być umieszczony podpis Dr. med. Jakób Bauer, zamiast Dr. J. Bader.

Redakcja otrzymała:

Wł. Dobrzaniecki i W. Grabowska: La valeur morphologique et fonctionnelle de l'urographie intraveineuse pour les fistules urogénitales. Gynécologie et Obstétrique. T. XXIX. Nr. 6. 1934.

Wł. Dobrzaniecki: Le nez de bull-dog. Journal de Chirurgie. T. 48. Nr. 2. 1936.

T. Ostrowski i Wł. Dobrzaniecki: O operacji Coffeya i jej wartości w świetle urografji dożylnej. Polski Przegląd Chirurg. T. XIV. Z. 4—5. 1935.

T. Ostrowski i Wł. Dobrzaniecki: Obwodowe porażenie nerwu twarzowego leczone przez wycięcie szyjnego zwoju współczulnego. Polski Przegląd Chirurg. T. XIV. Z. 6. 1935.

T. Ostrowski i Wł. Dobrzaniecki: Paralysie faciale périphérique traitée par la gangliectomie cervicale. Journal de Chirurg. T. 45. Nr. 1. 1935.

Adres Redakcji i Administracji: Lwów, ul. Rutowskiego 9.

